

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AGUADULCE**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, FÍSICOS Y MENTALES Y SU  
RELACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA, QUE PERCIBEN LOS PACIENTES EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ.  
AGUADULCE 2014.**

**POR**

**NORA BARRAGÁN SEVILLANO**

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL  
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2015**

57

## DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO

Por darme sabiduría y paciencia para alcanzar esta meta, ya que sin su voluntad nunca hubiera sido posible.

A mi esposo, Ismael Rolando y mis hijos, Ismael David y Alex Daniel, que me brindaron todo su apoyo y paciencia, en este largo camino.

NORA

9 JUL 2018

*Ismael Rolando*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco, de forma infinita, a mi familia que formaron parte de este trajinar de la carrera.

A todos mis profesores, pues cada uno me brindó su sabiduría y experiencia.

Especial gratitud a mi tutora, Janeth Agrazal, por haberme guiado de forma acertada e incondicional para culminar, con éxitos la presente investigación.

Y sobre todo a los pacientes que constituyeron y permitieron el desarrollo de este trabajo.

¡A todos, mil gracias!

## **INDICE GENERAL**

Aprobación	ii
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice General	iv
Índice de Cuadros	vii
Índice de Figuras	ix
Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
Capítulo I	
Aspectos Generales	6
1.1 Problema	7
1.2 Justificación	14
1.3 Objetivo General	16
1.4 Objetivos específicos	17
Capítulo II	
Fundamento Teórico	18
2.1 Antecedentes	19
2.2 Enfermedad renal crónica	22
2.2.1 Diagnóstico	27
2.2.2 Síntomas	28
2.2.3 Fisiopatología	31



2.2.4 Etiología	33
2.2.5 Factores de riesgo	35
2.3 Tratamiento de la enfermedad renal crónica	43
2.3.1 Hemodiálisis	44
2.3.2 Diálisis peritoneal	46
2.3.3 Trasplante renal	47
2.4 Calidad de vida	47
2.4.1 Calidad de vida relacionada con la salud	50
2.4.2 Dimensiones de la calidad de vida	55
2.4.3 Características de la calidad de vida	57
2.4.4 Evaluación de la calidad de vida	60
Capítulo III	
Materiales y métodos	62
3.1 Tipo de diseño de la investigación	63
3.2 Definición general de las variables	64
3.3 Universo del estudio	67
3.4 Procedimiento para la recolección de datos	68
3.5 Instrumento de recolección de datos	69
3.6 Plan de análisis	71

Capítulo IV	
Análisis y discusión de los resultados	72
Discusión	95
Conclusiones	104
Recomendaciones	107
Bibliografía	109
Anexos	118

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO		PÁGINA
I	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según calidad de vida y edad	88
II	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según calidad de vida y sexo.	89
III	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según calidad de vida y ocupación.	90
IV	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según calidad de vida y estado civil.	91
V	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según calidad de vida y procedencia.	92
VI	Pacientes en tratamiento de hemodiálisis según calidad de vida y componente de salud física.	93
VII	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según calidad de vida y componente de salud mental.	94
VIII	Pruebas, de significancia, de Monte Carlo (bilateral), según calidad de vida percibida y edad	119
IX	Pruebas de significancia de Monte Carlo (bilateral), según calidad de vida que perciben y sexo	120
X	Pruebas, de significancia, de Monte Carlo (bilateral), según calidad de vida que perciben y ocupación.	121
XI	Pruebas, de significancia, de Monte Carlo (bilateral), según calidad de vida que perciben y estado civil	122
XII	Pruebas, de significancia, de Monte Carlo (bilateral), según calidad de vida que perciben y procedencia	123
XIII	Pruebas, de significancia, de Monte Carlo (bilateral) según calidad de vida que perciben y componente de salud física.	124

XIV	Pruebas, de significancia, de Monte Carlo (bilateral) según calidad de vida que perciben y componente de salud mental	125
-----	--	-----

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA		PÁGINA
1	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según edad	73
2	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, por sexo	74
3	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según escolaridad	75
4	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, por ocupación	76
5	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, por estado civil	77
6	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según familiar en el hogar	78
7	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según procedencia	79
8	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según patología crónica	80
9	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según tiempo en tratamiento de hemodiálisis	82
10	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según componente de salud física y condición de salud	83
11	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según componente de salud mental y condición de salud	85
12	Pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, según percepción de la calidad de vida	87

## Resumen

El paciente, con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, sufre cambios psicológicos, físicos y sociales, en su estilo de vida, que lo afectan, al igual que a su familia. Por ello, la importancia de estudiar la calidad de vida de estos pacientes, pues permite analizar, en qué medida la calidad de vida es afectada por el tratamiento y la enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar la relación de los factores sociodemográficos, físicos y mentales que afectan la calidad de vida que perciben los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Dr. Rafael Estévez. Metodología transversal correlacional y diseño no experimental. El instrumento utilizado consta de tres ítems: instructivo, cuestionario de antecedentes personales y el cuestionario de salud SF-36, creado por John Ware y Sherbourne en 1992, traducido al español por Alonso y cols. (1995), que proporciona un perfil del estado de salud, aplicado a 135 pacientes. La investigación permitió determinar lo siguiente: grupo etario predominante 40 a 69 años, convivencia con pareja, con escolaridad de enseñanza básica, procedencia rural, la hipertensión y diabetes patologías asociadas, dos o más años en tratamiento. Según las áreas del cuestionario SF-36, podemos concluir que: el 68% de los pacientes valoraron el componente de salud física como inadecuada. Las escalas, que la componen, con igual valoración fueron el rol físico (65%) y la salud general con un 90% que la consideró inadecuada. En general se concluyó que la percepción de la calidad de vida es regular, con un 61%. Los factores sociodemográficos que se consideran tienen influencia y se encontró relación significativa en la edad y el sexo. Los componentes que más afectan la percepción de calidad de vida es su salud física. Se podría sintetizar que los pacientes manifiestan mejor calidad de vida mental que física.

## Summary

The patient with, terminal chronic renal kidney, in hemodialysis treatment, suffer psychological, physical and social changes in his/her life style, also to his/her family. Thereby, the importance to study the quality of life of these patients because let us to analyze, in what way the quality of life is affected for the treatment and the disease. The objective of this research is to evaluate the relation of the socio-demographic, physical and mental elements which affect the quality of life of chronic inadequacy kidney in hemodialysis treatment at Rafael Estévez Hospital. Transverse correlative methodology and no experimental desing. The instrument used has three items: instructive, personal antecedents questionnaire and health questionnaire SF-36, created by John Ware and Sherbourne in 1992, spanish translation by Alonso and Cols (1995), which give a health state profile applied in 135 patients. The research determined the following predominant group age 40 to 69 years old, living together with couple, rural origen, high blood pressure, diabetes associated pathology, two or more years in treatment. Depending on the questionnaire áreas SF-36 we can conclude that: 68 percent of patients value the component of physical healt inadequate. The scales are with the same value were the physical role (65%) and the general health (90%) who thought it is inadequate. In conclusion, the quality of life is regular, with 61%. The socio-demographic elements has influence and we found relation between age and sex. The elements which affect the quality of live is physical health. The patients have better mental health than physical health.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, no transmisibles han recibido una vigilancia especial de los profesionales de salud, en las últimas décadas. Ello se debe a que es un problema de salud global y una amenaza para la salud y el desarrollo humano (Schmidt et al. 2011). Entre las que se destaca, la enfermedad renal crónica (ERC) que surge, actualmente, como un grave problema de salud pública, debido al importante papel desempeñado en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial, así como a su impacto en la calidad de vida.

La enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es una enfermedad con alta prevalencia e incidencia a nivel mundial (Cruz et al. 2011).

La insuficiencia renal crónica es el deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción de las nefronas (p.e. Andreu y Forcé (2001)).

Es una enfermedad con desenlace mortal, a corto o mediano plazo, que afecta muchas estructuras del cuerpo, por lo que se asocia también a reducción de la calidad de vida (CV) (Birmelé et al. 2012).

La Organización Panamericana la Salud (2013) considera que es “un problema sanitario de primera magnitud, y por lo tanto, de competencia y responsabilidad sanitaria”.



Cuando la enfermedad renal crónica, progresa a un estadio, en el cual la función renal se vuelve obsoleta o despreciable, para poder mantener la vida, es necesario implantar tratamientos como la diálisis.

Hasta el momento no tiene cura, sin embargo, las terapias desarrolladas para tratarla permiten mantener y prolongar la vida de los pacientes. La hemodiálisis (HD) es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia, a nivel mundial. Es un tratamiento altamente complejo, exigente, puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida (Denhaerynck et al 2007). Está asociado, además, a costos sociales y económicos elevados para los sistemas sanitarios (Mendes, Walker, Sesso & Ferraz. 2011); además también afecta la realización de actividades de la vida cotidiana y a largo plazo su calidad de vida.

La salud comprende muchas dimensiones, que desde aspectos valorados más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de calidad de vida, relacionado a salud, incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque interaccionen.

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

En este sentido, los problemas intrínsecos y la complejidad de la enfermedad crónica y la terapéutica han estimulado los estudios sobre la calidad de vida, en esta población.

Por lo tanto, la comprensión de la percepción de la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica es de fundamental importancia, dado que ésta, además de tener consecuencias físicas para el individuo que lo experimenta, también trae daños psicológicos y altera su vida cotidiana, lo que limita o interfiere con el papel que desempeña en la sociedad.

En esta investigación se pretende conocer las características físicas, sociales mentales y sociodemográficas que están relacionadas, percepción adecuada o inadecuada sobre la calidad de vida de pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis, esto nos permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por las que atraviesan los pacientes, en tratamiento de hemodiálisis.

# **CAPÍTULO I**

## **ASPECTOS GENERALES**

### **1.1 Problema**

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión. (Egocheaga et al 2012).

Según Andreu y Forcé 2001 (p. 27) “es el deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción de las nefronas”.

Según la Revista Panamericana de Salud Pública (2008), la tasa de tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC) terminal ha aumentado hasta llegar a 478,2 pacientes por millón de habitantes (pmh). Al 31 de diciembre de 2005 había 147 158 pacientes en hemodiálisis permanente (44% en Brasil), 50 251 en diálisis peritoneal (65% en México) y más de 52 000 pacientes vivían con un riñón trasplantado. Simultáneamente se ha observado un aumento en la incidencia: de 33,3 pmh en 1993 a 167,5 en 2005. Las mayores prevalencias (más de 600 pmh) se encontraron en Puerto Rico, Chile, Uruguay y Argentina; seguidos de Colombia, Brasil, México, Panamá y Venezuela, con prevalencias de 300–600 pmh; y tasas significativamente más bajas (menores de 50 pmh), en el resto de los países. Solamente en Puerto Rico se encontró una tendencia a la estabilización de la tasa de incidencias (310 pmh en 2005).

Estadísticas de la Caja de Seguro Social de Panamá, revelan que en 1990 se atendieron unos 30 pacientes, en el 2007 alcanzó los mil casos, 2011 se contabilizaron mil 500 y en 2012 mil 700.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (2013) considera que es “un problema sanitario de primera magnitud, y por lo tanto de competencia y responsabilidad sanitaria”.

Cuando la enfermedad renal crónica progresa a un estadio en el cual su función renal se vuelve obsoleta o despreciable, para poder mantener la vida, entonces, es necesario implantar tratamientos como la diálisis.

El tratamiento de la insuficiencia renal, en su estadio final, ha presentado un notable desarrollo en cualquiera de sus modalidades (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. (Jofré, López, Luño, Pérez y Rodríguez, 2006, p. 41).

La hemodiálisis es la técnica, más, común en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica; consiste en poner en contacto, a través de una membrana semipermeable, la sangre del paciente con un líquido de diálisis de características predeterminadas. (Andreu y Force, 2001, p. 37).

La mayoría de los pacientes, en tratamiento de diálisis, usan esta modalidad de tratamiento renal sustitutivo. Cada tratamiento de hemodiálisis requiere conectarse a una máquina durante una medida de tiempo de cuatro horas, para lo cual el paciente debe desplazarse a un hospital o a un centro especializado, extra hospitalario, tres veces por semana, como mínimo.

A pesar que este tratamiento es vital, el mismo conlleva muchos cambios en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de los enfermos.

La calidad de vida para Schumaker y Naughton (1996), citado por Schwartzmann (2003), es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La calidad de vida, en pacientes dializados, ha sido estudiada por diversos investigadores, viéndose en la literatura muchos elementos que influyen en la misma. El mayor número de estas investigaciones se han realizado en España y Estados Unidos y escasamente, en países latinoamericanos.

Rodríguez, Campillo y Avilés (2006), citado por Cantú, Uribe y Cirlos (2011), señalan que la insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado emocional, económico, social y de salud del paciente, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal se ve obligado a someterse a un estricto tratamiento y debe modificar por completo, su vida social, las múltiples canulaciones y la dieta.

En estudios realizados en Colombia, por Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez y Fajardo (2006), observaron un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, en la calidad de vida de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal; ellos sostienen que éstos experimentan diferentes problemas asociados entre los que se encuentran físicos como dolores, metabólicos, respiratorios, motores, posibles deterioro cognitivo y complicaciones, derivadas del tratamiento, como náuseas, vómitos, somnolencia, impotencia sexual, entre otros.

En un estudio de evaluación de calidad de vida a pacientes de hemodiálisis, con el cuestionario KDQOL-36, obtuvieron un alto porcentaje de los pacientes, con puntajes bajo el valor referencial de 50, de una escala de 1 a 100, en las dos puntuaciones sumarias promedio física y mental, en los puntajes promedios de las sub-escalas carga de la enfermedad renal y efectos de la enfermedad renal en la vida cotidiana. (Zúñiga et al 2009).

En un estudio realizado por Rodríguez, Mariano y Castro (2009), la mayoría de los pacientes reconoce que su enfermedad comienza, seriamente, a restringir su tiempo de trabajo útil o a afectar el cumplimiento de sus tareas productivas, debido a las limitaciones y dificultades que impone. En este estudio se encontró que los pacientes renales crónicos, en tratamiento con hemodiálisis, tienen problemas de salud física, que superan, ampliamente, las valoraciones psíquicas que hacen respecto de su propia condición de enfermos. Se podría sintetizar en que manifiestan mejor calidad de vida mental que calidad de vida física.

Álvarez (2001) sostiene que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están, estrechamente, relacionados con la aparición de trastornos emocionales, lo que afecta, seguramente, la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés, relevante, para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

Urzúa, Plavlov, Cortes y Pino (2011) encontraron que las diversas dimensiones en salud mental son las que presentan un mayor grado de correlación con las dimensiones de

calidad de vida, por lo que concluyeron que la salud mental es un elemento modulador de la calidad de vida, en tanto otros como el sexo, el tiempo de diálisis o la edad de los participantes no constituyeron elementos relevantes, en esta evaluación.

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007), observaron un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. De acuerdo con los resultados, el afrontamiento, focalizado, en la solución de problemas correlacionó, positivamente, con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció, inversamente, con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

González (2007), en su estudio encontró que alrededor de un 60 % de los pacientes estudiados presentan una marcada disminución en la calidad de vida que llevan; este cambio está marcado a partir del ingreso al tratamiento hemodialítico, que hay que recalcar es producto de la enfermedad renal crónica y todas las implicaciones que conlleva. Estos cambios abruptos que se generan a nivel afectivo, conductual, social, familiar conducen, en la mayoría de los casos, a una mal manejada situación, de sobrecarga emocional.

Campo A., citado por Atencio et al (2004), opina que la prevalencia de depresión en pacientes en hemodiálisis, es mayor que en la población general y puede estar relacionada con los cambios en el estilo de vida que supone el tratamiento.

Según Álvarez et al (2001), los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en programa de hemodiálisis (HD) periódicas presentan una amplia variabilidad de síntomas no específicos, en general de carácter fluctuante, que condicionan, de forma



significativa, su bienestar general para los que muchas veces no es posible determinar una causa orgánica y que, a menudo, no responden, adecuadamente, a los tratamientos prescritos.

Oblitas Guadalupe, y Cols, citados por González, Herrera, López y Nieves (2011), consideran que en la atención a las personas con enfermedades crónicas no siempre se les da la prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad, con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo, tanto en la etiología como en su evolución, a lo largo del tiempo.

Según, Pérez (s.f.) es sabido de todo los profesionales que están más o menos en contacto con estos enfermos, que suelen mostrar conductas depresivas, abatimiento, lloros, dejan de hacer cosas que antes hacían, llegando, incluso algunos, al aislamiento social. Este fenómeno tiene para algunos cierta base física, buscando en el laboratorio la explicación al fenómeno, mientras que otros buscan esta explicación en el fondo de una personalidad ya predispuesta, aunque no hubiese caído enfermo del riñón. Otros estudios ya más cercanos que tienden a buscar causas situacionales, apuntan la idea de ausencia de apoyo social, trabajo u otras causas.

González (2002), en su artículo, el concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud, nos dice que las condiciones de vida estresantes que se hacen duraderas y dañan la calidad de vida, ya sean por situaciones externas (socioeconómicas) o internas (de personalidad), pueden afectar la regulación psicobiológica por las vías psico-neuro-vegetativas, que son utilizadas por las descargas emocionales y los estados afectivos negativos y duraderos, haciendo posible alteraciones

bioquímicas, fisiológicas e inmunológicas que participan en la génesis de las enfermedades.

En hemodiálisis para una buena calidad de vida influyen factores demográficos como edad, género, nivel socioeconómico, la religión, la espiritualidad, la cercanía de la vivienda al sitio de diálisis y el apoyo familiar. (Davison y Jhangri 2012)

Entre las influencias positivas para mejorar la calidad de vida de las personas en hemodiálisis es permanecer activos laboral y socialmente estos tienen una gran diferencia en calidad de vida, relacionada con los que no lo realizan y por último, los pacientes que realizan ejercicio tienen una marcada diferencia, en su calidad de vida y su sobrevida. (Mustata et al 2011).

En el estudio realizado por Guerra, Sanhueza y Cáceres, M. (2012), encontraron que las personas inactivas o sin actividad laboral remunerada y cuyos ingresos, económicos, son bajos presentaron una calidad de vida más baja que las que se encuentran ocupadas o realizando algún tipo de trabajo, remunerado, en todas las sub-escalas evaluadas.

Por su parte, Esquivel et al (2009), dicen que, la determinación de la calidad de vida de los pacientes, en diálisis, debe considerarse de rutina para su rehabilitación, en el sentido de restaurar una calidad de vida óptima, prolongarla y mantenerla, ofreciendo tratamiento sustitutivo, individualizado, lo cual debe ser un objetivo, fundamental, de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal.

La rehabilitación de los pacientes, con enfermedad renal crónica, debe ser un propósito primordial en los programas de tratamiento de la enfermedad renal crónica, ya que el mismo afecta su capacidad funcional y su calidad de vida, en general.

En esta investigación se aspira a conocer las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis, pues para el profesional de salud, el estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés, porque le permite conocer, al ser humano, desde una perspectiva integral, que incluye las dimensiones físicas, emocionales y sociales. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que están atravesando.

Los anteriores planteamientos nos conducen a formularnos la siguiente interrogante:

¿Están relacionados los factores sociodemográficos, físicos y mentales, en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Dr. Rafael Estévez?

## **1.2 Justificación**

Desde los antiguos griegos existe el interés por la calidad de vida, más el concepto como tal y su introducción en la sanidad es, relativamente, reciente.

Los avances en la medicina han hecho que aumente la supervivencia y con ello las personas con enfermedades crónicas. Por esta razón, se ha prestado atención a la calidad de vida (CV) relacionada con la salud. Este concepto agrega a la ciencia la percepción del

paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados de salud. Es por eso que la finalidad fundamental, en el tratamiento de los pacientes sometidos a hemodiálisis, debe ir encaminado a conseguir una calidad de vida óptima y no sólo a lograr una estabilidad en los criterios clínicos.

El tratamiento de hemodiálisis, aunque indispensable en esta población, para sobrevivir, produce efectos físicos no muy agradables, entre los cuales tenemos, insomnio, desnutrición por pérdida de nutrientes, pérdida de la movilidad, fatiga, cansancio, hinchazón en los tobillos y pies, mal sabor en la boca por eliminación de desechos.

Además de los efectos físicos tenemos los factores psicosociales, los cuales también afectan, de igual manera, su calidad de vida, por lo invasivo de este tratamiento.

Esta investigación es importante por todas estas razones, pues estas personas se encuentran con muchas limitaciones, al entrar en este tratamiento que no les permite realizar actividades como por ejemplo el ejercer trabajos que le exijan fuerza física, salir de la comunidad en donde viven, una dieta normal o una vida sexual activa. Por lo que surge la inquietud en realizar este estudio y de alguna manera ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes de esta institución, en la cual no existe investigaciones de este tipo y sería una herramienta para nuevas estrategias terapéuticas integrales y la implementación de programas de ayuda psicológicas para estos pacientes.

Es novedosa puesto que en el Hospital Rafael Estévez, de Aguadulce no se han realizado estudios de esta índole, donde se relacionen los factores físicos, mentales y

sociodemográficos, con la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Al ser ésta, una enfermedad de evolución crónica y con repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente y de su familia, existe la necesidad de un trabajo interdisciplinario que busque la atención, global, de los afectados.

Esta clase de investigación permitirá conocer información con metodología y técnicas, adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de personas con insuficiencia renal crónica.

Por tanto, permite estimar los factores físicos y mentales que afectan la calidad de vida que se está produciendo y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos que lleven al mejoramiento de la calidad de vida, así, como estrategias en planificación sanitaria, para su aplicación en el servicio de nefrología, del Hospital Dr. Rafael Estévez y que sirva como base para otras instituciones de salud.

### **1.3 Objetivo general**

- Evaluar la relación de los factores sociodemográficos, físicos y mentales que afectan la calidad de vida que perciben los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Dr. Rafael Estévez.

#### **1.4 Objetivos específicos**

- Describir la calidad de vida que perciben los pacientes de hemodiálisis, del Hospital Dr. Rafael Estévez, de Aguadulce.
- Identificar los factores socio-demográficos relacionados a la percepción de calidad de vida por los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, del Hospital Dr. Rafael Estévez, de Aguadulce.
- Analizar la relación que existe entre la calidad de vida que perciben los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, y los factores físicos que la afectan.
- Analizar la relación que existe entre la calidad de vida que perciben los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, y los factores mentales que la afectan.

## **CAPÍTULO II**

### **FUNDAMENTO TEÓRICO**

## **2.1 Antecedentes**

Según Smith (2001), “Cada día se produce un incremento de la cantidad de pacientes que ingresan a las salas de hemodiálisis, observándose cómo esta enfermedad repercute, de diversas maneras sobre las expectativas y la vida del paciente. La presencia de diversas complicaciones intra diálisis y aquellas que se presentan a largo plazo, son capaces de originar, severas, discapacidades, deformidades e invalidez del individuo, como es, hipertensión arterial, disfunciones sexuales, disminución de la dieta por anorexia, generada por la uremia, que conduce a desnutrición, anemia severa, susceptibilidad a procesos infecciosos, entre otros.”

La insuficiencia renal crónica (IRC), es reconocida como un problema de salud pública, entre otras razones, por la afectación de la calidad de vida (CV) de personas de todas las edades. (Atkins RC, 2005).

La incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal se ha duplicado en los últimos 10 años, y se espera que continúe aumentando, especialmente, en los países de América Latina, sumando, con ello, una enorme carga de enfermedad, a la población (Cusumano e Inserta, 2007).



En Panamá se duplicaron los pacientes en diálisis del 2007 al 2012; en el 2013, 1.725 pacientes se encuentran en diálisis peritoneal y 142 en hemodiálisis. En el 2012, se hicieron 60 trasplantes. (COMISCA, 2013).

Desde el año 1990 al 2014 se han realizado 649 trasplantes, renales, en la Caja de Seguro Social. El año pasado 48 personas recibieron un trasplante de riñón. Esta enfermedad tiene una mortalidad anual del 12% con tendencia a incrementarse, ante la falta de una óptima dieta. (Televisora nacional S.A. 2015)

Según cifras de la Caja de Seguro Social, en diciembre del 2014 había 1,470 pacientes recibiendo tratamiento de hemodiálisis y 350 en diálisis peritoneal. La edad promedio es de 54 años y en su mayoría hombres. Un promedio de 35 a 40 nuevos pacientes ingresan, mensualmente, a la Caja de Seguro Social debido a enfermedades crónicas en los riñones, situación que mantiene preocupada a las autoridades por la alta incidencia de personas con problemas renales. (Televisora nacional S.A. 2015)

Cabe destacar que los pacientes con enfermedades crónicas, en sus riñones, además, tienen en común que son diabéticos o hipertensos, con lo que se vuelve especialmente urgente su pronta atención. (Televisora nacional S.A. 2015)

Una enfermedad crónica puede afectar, potencialmente, la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados, cuando aparece una enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o

permanente acortamiento de las propias posibilidades y afecta, asimismo, el auto concepto y sentido de la vida que provoca estados depresivos. El síntoma, más, relevante e insidioso es el dolor, que aparece de manera crónica. Implica el miedo a sentirlo, lo que suele llevar a aquéllos, a evitar actividades, potencialmente, productoras de dolor, que con el paso del tiempo y en virtud de mecanismos operantes, conduce a la limitación y reducción de actividades físicas que se ve, frecuentemente, y que constituyen un cuadro complejo, definido, además por la presencia de un conjunto de problemas específicos, tales como exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de las habilidades sociales y predominio de repertorios, comunicativos, relacionados, lo que afecta todas las dimensiones, de la calidad de vida, del paciente.

(Vinaccia et al, 2005).

Estar bajo tratamiento, con diálisis, conlleva cambios de vida a nivel físico, psicológico y social para el paciente y su familia (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006).

El funcionamiento social hace referencia, según el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, (2003), al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se evaluó mediante el cuestionario SF-36 (MOS). Es un instrumento sólido que ha sido adaptado y validado en España por el IMIM y su validez y aplicabilidad también ha sido probada en pacientes con insuficiencia renal (Vilagut, 2005).

## **2.2 Enfermedad renal crónica**

El término insuficiencia renal crónica, en la nomenclatura nefrológica actual, ha quedado fuera de uso, se ha reemplazado por enfermedad renal crónica.

Las guías “Kidney Disease: Improving Global Outcomes” (KDIGO) apoyan el uso de la expresión “enfermedad renal crónica” (ERC) para referirse a todo el espectro de la enfermedad que ocurre luego del inicio del daño renal.

Se define a la enfermedad renal crónica (ERC) como la presencia de un daño renal estructural con velocidad de filtración glomerular (VFG) normal o levemente reducida (VFG 60-90 mL/min), independientemente de la etiología subyacente fuera de uso, siendo reemplazado por enfermedad renal crónica.

Enfermedad renal crónica (ERC) es tener una velocidad de filtración glomerular (VFG)  $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ , y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más. (Guías de práctica clínica K / DOQI para la enfermedad renal crónica, 2002).

- Una velocidad de filtración glomerular (VFG)  $<60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> por sí sola define ERC, porque implica la pérdida, de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones.
- Si velocidad de filtración glomerular (VFG) es mayor o igual a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, el diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:
  - Alteraciones urinarias (albuminuria, microhematuria)
  - Anormalidades estructurales (por ej.: imágenes renales anormales)
  - Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos)
  - Enfermedad renal probada histológicamente.
- El requerimiento de un período mínimo de 3 meses en la definición de ERC implica que las alteraciones deben ser persistentes y habitualmente serán progresivas.

Un riñón sano fabrica alrededor de 125 mililitros de orina primaria por minuto. Este proceso recibe el nombre de filtración glomerular, ya que tiene lugar en los glomérulos renales. En la insuficiencia renal crónica se produce el deterioro, gradual, del tejido funcional, de modo que los riñones generan una cantidad, cada vez, menor de orina primaria. La pérdida total de la función renal, con la incapacidad de fabricar orina, se conoce como insuficiencia renal terminal. En este estadio, los riñones producen menos de 15 mililitros de orina primaria por minuto. (Urzúa 2010).

La insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica) es una pérdida, progresiva, de la función renal que se prolonga durante meses o años, de modo que los riñones ya no son capaces de llevar a cabo adecuadamente su cometido.

La función que tienen los riñones en el cuerpo es la de eliminar residuos y exceso de fluidos por medio de la orina. Estos órganos son poderosos productores de sustancias químicas que realizan la eliminación de residuos y medicamentos, equilibran los fluidos del cuerpo, producen hormonas para regular la presión sanguínea y una forma activa de vitamina D, la cual promueve que se tengan huesos fuertes y saludables, y controlan, asimismo, la producción de glóbulos rojos (National Kidney Foundation, 2009).

La insuficiencia renal aguda (IRA) o fracaso renal agudo (FRA) es un deterioro brusco de la función renal. (Manual CTO de medicina y cirugía, 2012 p. 45)

En el año 2002, las guías de práctica clínica K / DOQI para la enfermedad renal crónica, la definió como la disminución de la función renal expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) menor de 60 mL/ min/1.73 m<sup>2</sup> SC o como daño renal, durante más de tres meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas, en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal.

Todas las guías posteriores incluyendo las próximas guías KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) como la presencia durante al menos tres meses de:

- Filtración glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

- lesión renal (definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar, potencialmente, un descenso de la filtración glomerular). La lesión renal se pone de manifiesto, directamente, a partir de alteraciones histológicas, en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.

La insuficiencia renal crónica (IRC) se presenta como consecuencia de una serie de enfermedades renales progresivas, crónicas que afecten al parénquima renal o que obstruyan el sistema excretor, se origina una situación en la cual los riñones sufren una pérdida progresiva e irreversible de nefronas funcionales (glomérulos y túbulos). (Dehesa 2008)

Los síntomas característicos de la IRC son: anorexia, inapetencia, náuseas, vómitos, de orina o diuresis, infecciones recurrentes del tracto urinario, incontinencia urinaria, dolor de cabeza, malestar general, fatiga, somnolencia, dificultades en la concentración mental, piel con apariencia pardo-amarillenta, tumefacción de los tejidos, enfermedades óseas, trastornos neuromusculares, como contracciones musculares bruscas, la neuropatía periférica, con fenómenos motores y sensitivos y escaso tono muscular, calambres musculares y convulsiones, sobre todo, como resultado de una encefalopatía hipertensiva o metabólica, entre otros (Brenner, 2004).

La enfermedad renal crónica, tiende a progresar a la uremia terminal, en un tiempo más o menos prolongado, aunque no persista la causa de la nefropatía inicial. Existen dos mecanismos básicos responsables de esta tendencia. Primordialmente, las lesiones estructurales residuales producidas por la enfermedad causal. En segundo lugar, datos de modelos experimentales y clínico epidemiológicos abogan por una fisiopatología común (teoría de la hiperfiltración), independiente de la causa primaria. (Ribes, 2004)

La enfermedad renal, crónica, es progresiva y sigue un patrón, constante, que depende de su etiología y del propio paciente (Stephen y Maxine, 2008).

La National Kidney Foundation 2002 (NKF-KDOQI) clasifica a la ERC en 5 estadios, con base en la reducción de la tasa de filtración glomerular (TFG). El proceso de disminución progresiva e irreversible, en el número de nefronas, típicamente corresponden a la insuficiencia renal crónica (IRC) que comprende los estadios 3, 4 y 5, que constituyen el estadio 5 como la fase terminal de la enfermedad que requieren tratamientos sustitutivos de la función renal, a través de las terapias de reemplazo renal (TRR) o diálisis.

**Estadio 1:** pacientes con diabetes y microalbuminuria con una tasa de filtración glomerular (TFG) normal.

**Estadio 2:** se establece por el daño renal, asociado con la ligera disminución de la tasa de filtración gromerular entre 89 y 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. Por lo general, el paciente no tiene síntomas y el diagnóstico se establece de manera incidental.

**Estadio 3:** es la disminución, moderada, de la tasa de filtración glomerular (TFG) entre 30 y 59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. El estadio 3 se divide en dos etapas. La temprana 3a es la de pacientes con TFG entre 59 y 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y la etapa tardía 3b con TFG entre 44 y 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>. Cuando la función renal disminuye, en el torrente sanguíneo se acumulan sustancias tóxicas que ocasionan uremia. Lo común es que los pacientes tengan síntomas y complicaciones típicas originadas por la hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo.

**Estadio 4:** se refiere al daño renal avanzado con disminución grave de la TFG entre 15 y 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. Pacientes con alto riesgo de complicaciones cardiovasculares.

**Estadio 5:** o insuficiencia renal crónica terminal, la TFG cae por debajo de 15 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. En éste se requiere tratamiento sustitutivo.

### **2.2.1 Diagnóstico**

Para Flores *et al.* (2009), todas las personas deben ser evaluadas de rutina, en cada consulta médica o examen de salud preventivo, para determinar si están en riesgo aumentado de ERC, con base en los factores clínicos y sociodemográficos descritos.

Los individuos que tengan uno o más factores de riesgo, deben someterse a pruebas para evaluar daño renal y estimar la velocidad de filtración glomerular (VFG).

Las personas a quienes se detecte ERC deberían ser evaluados para determinar:

- Descripción de ERC:



a) Diagnóstico (tipo de nefropatía basal), función renal y proteinuria (Tabla 2.2)

b) Complicaciones de la disminución de función renal

c) Riesgo de progresión de la enfermedad renal

- Presencia de enfermedad cardiovascular:

a) Glicemia en ayunas

b) Perfil lipídico

c) Ecocardiograma (ECG) (12 derivaciones)

d) Índice de masa corporal

- Condiciones comórbidas

- Severidad de ERC, evaluada por nivel de función renal

- Complicaciones, relacionadas al nivel de función renal

- Riesgo de pérdida de la función renal.

### **2.2.2 Síntomas**

Los síntomas no suelen ser apreciables hasta que se ha perdido un 80-90% de la función renal por lo que el paciente, a menudo, no advierte la enfermedad hasta que se ha producido una insuficiencia renal grave. Son características fundamentales un aumento del nitrógeno ureico en la sangre (BUN) y de la creatinina sérica así como, en la mayor

parte de los casos, una disminución del tamaño de los riñones que adoptan un aspecto contraído. (Montero, Segarra, López y Monterde, s. f)

El cuadro patológico y la velocidad de progresión (meses a años), varían en función de la causa de la insuficiencia renal y de la presencia de factores complicantes. (Montero, Segarra, López y Monterde, s. f)

Según las Guías SEN (2004), las consecuencias de la reducción del número de nefronas funcionales son amplias e importantes:

**Trastornos hidroelectrolíticos:** al reducirse el número de nefronas existe una mayor carga de solutos para las todavía funcionantes, esto determina una diuresis osmótica a la que se suma la incapacidad para concentrar o diluir la orina. En estas circunstancias puede producirse una deshidratación.

Debido a las alteraciones de la excreción y reabsorción de electrolitos, se producen alteraciones en las concentraciones séricas de los mismos. Así, el potasio, el fosfato y el sulfato aumentan su concentración, mientras que la de calcio disminuye. Se presenta también acidosis cuya intensidad se refleja en el descenso del bicarbonato y del pH plasmático.

Como consecuencia de la falta de hidroxilación renal del 25-OH-colecalciferol, se producen alteraciones, complejas, en el metabolismo del calcio y en la secreción de hormona paratiroidea que, asociadas a la retención de fosfato, dan lugar a la aparición de osteodistrofia renal, en sus distintas formas clínicas.

- **Hipertensión:** constituye un trastorno frecuente en la uremia, a menudo consecuencia de la expansión del volumen extracelular.
- **Retención de nitrógeno:** como consecuencia de la reducción de la depuración se presentan valores elevados de nitrógeno ureico en la sangre (BUN), de creatinina sérica y de urato.
- **Anemia:** la anemia que se observa en los enfermos con IRC es habitualmente normocítica y normocrómica y de origen multifactorial. El factor fundamental es, sin lugar a dudas, la reducción en la producción de eritrocitos debido a una menor producción renal de eritropoyetina (EPO). Sin embargo, con frecuencia coexisten otras causas como la ferropenia, el bloqueo medular del hierro, en el contexto de un síndrome inflamatorio crónico o la hemólisis, factores que siempre deben ser analizados antes de concluir que la anemia se debe, exclusivamente, al déficit de eritropoyetina (EPO).
- **Trastornos digestivos:** los enfermos con ERC presentan una incidencia de hemorragia digestiva superior a la de la población general, y deben ser considerados como población de alto riesgo de sufrir hemorragia digestiva durante el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. El empleo de resinas de intercambio iónico para el tratamiento de la hiperpotasemia se asocia, con frecuencia, a estreñimiento crónico. Cuando el filtrado glomerular desciende, los trastornos digestivos en forma de náuseas, vómitos o inapetencia son frecuentes.

**– Trastornos neuromusculares:**

- a) Neuropatía periférica. Su inicio suele ser de tipo sensitivo (quemazón, parestesias nocturnas), mientras que los trastornos motores son mucho más tardíos o no aparecen, son, en casos extremos, de tipo parapléjico. Es en cualquier caso, un trastorno reversible.
- b) Trastornos musculares. Consisten, fundamentalmente en calambres y mioclonias secundarias a hiponatremia e hipocalcemia, respectivamente.
- c) Trastornos cerebrales. Generalmente asociados a la hipertensión, se presentan en forma de convulsiones que traducen los estados de intoxicación acuosa e hiponatremia que se producen.
- e) Hipocalcemia. Los trastornos de la consciencia aparecen en las fases finales y, en general, son de causa múltiple.

**– Lesiones cutáneas** la pigmentación amarillenta del enfermo renal crónico es muy característica y se debe, especialmente, a la anemia y la hiperkarotenemia. Las lesiones cutáneas producidas por el rascado, debido a un prurito intenso, son un síntoma muy común, de causa muy oscura, que en ocasiones son la manifestación de una hipercalcemia por hiperparatiroidismo secundario.

### **2.2.3 Fisiopatología**

El riñón participa en diversos procesos como, por ejemplo en el metabolismo óseo, la producción de sangre, el nivel de cortisona o el equilibrio ácido-base. Su función

principal la desempeña como órgano excretor: regula el balance hídrico y depura el cuerpo, eliminado, a través de la orina, productos de degradación o de desecho cuyo exceso resulta perjudicial para el organismo (sustancias que han de ser eliminadas con la orina). Aunque el tejido renal presente daños leves, el riñón es capaz de desempeñar su labor durante largo tiempo, y su funcionamiento sólo queda comprometido cuando se ve afectada, aproximadamente, la mitad del tejido. La insuficiencia renal crónica con la sintomatología típica no se desarrolla hasta que los riñones presentan un daño considerable. (Ribes, 2004)

La pérdida estructural y funcional del tejido renal es lo que intentan mantener la (TFG) tasa de filtración glomerular, este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas, iniciales, de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin tratamiento de reemplazo renal. (Caravaca, 2003).

La ERC y el estado urémico se caracterizan por la acumulación de sustancias que normalmente, se excretan o metabolizan en el riñón y la carencia de los que se sintetizan como la eritropoyetina o el calcitriol. (Mitsnefes, 2007)

Dentro de las sustancias que se excretan, la creatinina, nitrógeno ureico en la sangre (BUN), ácido úrico y fosfato se determinan, rutinariamente, en el laboratorio, pero existen otros productos metabólicos ( $\beta_2$  microglobulina, aminoácidos...), que se

acumulan, son tóxicos y responsables, en parte, de la disfunción multiorgánica de esta patología. (Mitsniefes, 2007)

Las manifestaciones clínicas de la ERC son el resultado de la combinación de:

1. fallo en el balance de fluidos y electrolitos
2. acumulación de metabolitos tóxicos
3. pérdida de síntesis de hormonas: eritropoyetina, 1,25 dihidroxi vitamina D3
4. alteración de la respuesta del órgano diana a hormonas endógenas: hormona de crecimiento.

#### **2.2.4 Etiología**

La ERC es un determinante, clave, de los resultados, adversos, de las enfermedades crónicas no transmisibles ya que se asocia con un incremento entre 8 a 10 veces a la mortalidad cardiovascular y es la complicación, más, frecuente de la diabetes e hipertensión. (USRDS 2009).

La enfermedad renal crónica se ha transformado en un problema médico y de salud pública que ha adquirido proporciones epidémicas. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, respectivamente, son causas importantes de enfermedad renal, aunque también hay otros factores de riesgo, entre los que destacan los de susceptibilidad, como: edad, historia familiar, raza, bajo nivel educativo y económico, así como los factores indicadores,

precursores de la enfermedad. Los de mayor importancia son los susceptibles de prevención, como las enfermedades crónicas, sistémicas y de toxicidad por fármacos. (Flores y Col 2009).

Se ha establecido que las principales causas etiológicas en el mundo y también en América Latina son, en primera instancia, la diabetes y en segunda la hipertensión arterial, responsables de hasta dos tercios de los casos; otros factores que pueden afectar los riñones son las glomerulonefritis que constituyen el tercer tipo de trastornos más comunes de insuficiencia renal. (Alarcón, Lopera, Montejo, Henao, y Rendón, 2006).

En su orden, le siguen las enfermedades hereditarias (insuficiencia renal poliquística), las malformaciones, el lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades que pueden afectar el sistema inmunológico, las obstrucciones que son producto de problemas como cálculos renales, tumores o glándula prostática agrandada en los hombres e infecciones urinarias constantes, además de etiologías desconocidas. Si estas enfermedades progresan pueden llevar a la insuficiencia renal, crónica, terminal -IRCT (Alarcón *et al.*, 2006).

Algunos datos de los estudios realizados apuntan a una relación, muy clara, entre la prevalencia de la ERC y el nivel económico (Martín *et al.*, 2009). La pobreza es, un importantísimo, marcador de salud que influye en la predisposición, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas (como la obesidad, la diabetes y la hipertensión); también la enfermedad renal crónica, bien por efecto directo o a través de las enfermedades crónicas mencionadas. Y, de hecho, hay datos de una mayor incidencia de pacientes con insuficiencia renal terminal, en los sectores socialmente más desfavorecidos, con el agravante de la imposibilidad de tratamiento.

La tasa de filtración glomerular (TFG) puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la capacidad de funcionamiento.

La pérdida estructural y funcional, del tejido renal, tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas, sobrevivientes, que intentan mantener la TFG.

### **2.2.5 Factores de riesgo**

Las situaciones de riesgo que favorecen la ERC son múltiples. La NKF (National Kidney Foundation), expone un modelo conceptual, que incluye factores de riesgo en cada una de sus fases y éstos se clasifican (Levey y Coresh 2012), como:

- Factores de susceptibilidad a ERC: son los que aumentan la posibilidad de desarrollar ERC.
- Factores iniciadores: son los que pueden iniciar directamente el daño renal.
- Factores de progresión: son los que pueden empeorar y acelerar el deterioro de la función renal.
- Factores de estadio final: son los que incrementan la morbilidad en los estadios finales de la enfermedad

Aunque existen enfermedades renales, rápidamente, progresivas que pueden llevar a la pérdida de la función renal en meses, la mayoría de las enfermedades evolucionan



durante décadas e incluso algunos pacientes apenas progresan durante muchos años de seguimiento. Las complicaciones ocurren en cualquier estadio, y a menudo pueden conducir a la muerte sin progresar al fracaso renal. (Levey y Coresh 2012)

Entre los factores de riesgo, entre los que destacan los de susceptibilidad, como: edad, historia familiar, raza, bajo nivel educativo y económico, así como los factores indicadores, precursores de la enfermedad. Los de mayor importancia son los susceptibles de prevención, como las enfermedades crónicas, sistémicas y por toxicidad por fármacos. (Flores JC, y col 2009).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014), (Centers for Disease Control and Prevention) y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) dicen que puede estar en riesgo, si usted tiene los siguientes antecedentes familiares o personales:

- Miembros de su familia tienen la enfermedad renal.
- Usted nació prematuramente.
- Usted es afroamericano, hispano o nativo americano (hay mayores tasas de diabetes y presión arterial alta en estas comunidades).
- Usted es un adulto mayor (la enfermedad renal crónica aumenta después de los 50 años de edad y es, más, frecuente entre los adultos mayores de 70 años).

**Puede aumentar su riesgo si tiene las siguientes conductas o hábitos de estilo de vida:**

- El uso excesivo de analgésicos de venta libre que contienen ibuprofeno, naproxeno o acetaminofén.

- El uso o adicción a las drogas duras.
- Alergias a medicamentos recetados.

### **Factores de riesgo que afectan la progresión de la enfermedad renal crónica**

Los factores de riesgo cardiovascular que favorecen la aparición o afectan la progresión de la ERC, pueden ser modificables y no modificables. (Coresh, Selvin y Stevens, 2007)

Según sus estudios, D'Achiardi, Vargas, Echeverri, Moreno y Quiroz. (2011), existen factores de riesgo no modificables, tales como:

#### **1. Predisposición genética**

Múltiples estudios genéticos han sugerido relación entre la ERC y la variedad de polimorfismos de múltiples genes que sintetizan moléculas, como son los factores del eje sistema renina angiotensina aldosterona, el óxido nítrico sintetasa, el factor de necrosis tumoral alfa y múltiples citoquinas.

#### **2. Factores raciales**

Tienen un papel muy especial en la susceptibilidad a la ERC, reflejada en la alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus en la población afroamericana y en los afro-caribeños. Factores socioeconómicos como la de privación social y el estado socioeconómico bajo, se ha asociado con aumento en la prevalencia de enfermedad renal crónica.

#### **3. Factores materno – fetales**

La desnutrición materna, durante el embarazo, y el exceso de ingesta de calorías por el recién nacido, pueden favorecer la aparición de hipertensión arterial, diabetes mellitus,

síndrome metabólico y enfermedad renal crónica en la vida adulta. El bajo peso, en el nacimiento, se ha asociado con hipertensión arterial, por un número reducido de nefronas al nacer (oligonefronia), que por la incapacidad de manejar cantidades altas de solutos y cargas de sal, lleva a hipertrofia compensatoria, que favorece la aparición de glomeruloesclerosis y enfermedad renal crónica.

#### **4. Edad**

La tasa de progresión de la ERC es influenciada por el incremento, progresivo, de la edad.

#### **5. Género**

En análisis univariados, el género masculino se asoció con mayor deterioro de la filtración glomerular, pero este comportamiento no se ha podido confirmar en análisis multivariados.

### **Factores de riesgo modificables**

Dentro de los predictores de progresión acelerada de la enfermedad renal crónica se han documentado, en la literatura, como factores de riesgo (D'Achiardi et al. 2011), los siguientes:

#### **1. Control de la presión arterial**

La elevación de las cifras de presión arterial elevada a nivel sistémico, se han relacionado con un aumento de la presión a nivel del glomérulo, ocasionando alteraciones crónicas hemodinámicas de la arteriola aferente y llevando a un fenómeno conocido como

hiperfiltración adaptativa. Esta es, posiblemente, la fase inicial de la ERC. Los cambios hemodinámicos, de mayor relevancia, en este proceso (UDRDS, 2006) son:

- Respuesta compensadora de la nefrona para mantener la filtración glomerular.
- Vasodilatación renal primaria, que ocurre en los pacientes con diabetes mellitus y otros desordenes.
- Reducción compensatoria de la permeabilidad de la pared del capilar glomerular, a pequeños solutos y agua. La caída de la filtración glomerular es soportada por un aumento de la presión intraglomerular, respuesta mediada por una reducción del flujo hacia la macula densa, con la subsecuente activación túbulo glomerular

### **1. Proteinuria y enfermedad renal**

Dentro de los mecanismos propuestos de lesión renal se encuentran la toxicidad mesangial, hiperplasia y sobrecarga tubular, toxicidad directa, relacionada con compuestos filtrados y, posteriormente, reabsorbidos a nivel tubular como transferrina, hierro y albumina unida a ácidos grasos. La inducción del factor quimiotáctico atrayente proteína 1 (MPC1) y citoquinas inflamatorias. (Martínez, Ordóñez y León, 2007).

El incremento, marcado, en la filtración de proteínas y la reabsorción proximal de las mismas, causa lesión del túbulo por liberación de lisozimas, dentro del intersticio. El disminuir el grado de proteinuria con medicamentos y un mejor control de la presión arterial, pueden aminorar los cambios hemodinámicos, a nivel del glomérulo, lo que conduce a menor lesión y finalmente, a disminuir la tasa de pérdida de función renal (Coresh, Selvin y Stevens. 2007).

## **2. Dislipidemia y enfermedad renal crónica**

Se ha reportado que el control metabólico, la hiperlipidemia y la acidosis metabólica se pueden relacionar con progresión de la ERC. El estudio SHARP proporcionó evidencia adecuada acerca de la eficacia y seguridad de disminuir los niveles de colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) en la incidencia de eventos ateroscleróticos mayores, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) sin terapia de soporte renal. Aunque se encontró descenso en el deterioro de la filtración glomerular calculada por las fórmulas MDRD4 y por COCKCROFT GAULT en pacientes tratados con simvastatina, no se alcanzó diferencia, significativa, en términos estadísticos, , sin embargo, la estatina puede tener un efecto renoprotector en aquellos pacientes con ERC y enfermedad cardiovascular. (Coresh, Selvin y Stevens., 2007)

## **3. Tabaquismo**

El tabaco incrementa la presión arterial y afecta la hemodinámica renal. Tanto en pacientes diabéticos como en los no diabéticos, el tabaco es un factor de progresión independiente de la ERC. ( D'Achiard *et al.*, 2011)

## **4. Fósforo**

La acumulación de fósforo es un problema frecuente en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), el cual se inicia tan pronto como la función renal disminuye.

( D'Achiard *et al.*, 2011)

## **5. Niveles plasmáticos de aldosterona**

Los niveles altos de aldosterona han demostrado que pueden contribuir al deterioro de la función renal, como resultado de exceso en la estimulación del receptor mineralocorticoide, resultando en remodelación y aparición de fibrosis intersticial. El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAS II) parece no ser adecuado, dados fenómenos como el escape de aldosterona y otras vías de activación que evitan su bloqueo completo. (Martínez, Ordóñez y León. 2007)

## **6. Hiperuricemia**

La elevación de los niveles de ácido úrico se presenta en los pacientes con ERC, por disminución en la excreción urinaria. La hiperuricemia ha demostrado ser un factor de progresión de la enfermedad renal, en parte por disminución en la perfusión renal por estimulación en la proliferación de la musculatura en la arteriola aferente. (Martínez, Ordóñez y León. 2007)

## **7. Obesidad**

La obesidad ha sido determinada, en varios estudios, como un factor de riesgo para el desarrollo de ERC y progresión de la misma. (Martínez, Ordóñez y León. 2007)

Se ha visto en la población obesa mayor prevalencia de proteinuria, con el desarrollo de glomeruloesclerosis focal y segmentaria, como hallazgo en la histopatología renal de estos pacientes. La fisiopatología no es del todo conocida, se han propuesto teorías acerca de cambios hemodinámicos, aumento de sustancias vasoactivas, fibrogénicas, entre las

que se incluyen la angiotensina II, insulina, leptina y factor de crecimiento transformante beta. (Levey y Coresh 2012)

La activación del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona proveniente del tejido adiposo visceral, favorece la elevación de los niveles plasmáticos de renina y Angiotensina II, característicos de estos pacientes y que contribuyen a los cambios hemodinámicos y renales. (Levey y Coresh 2012)

### **8. Hiperglicemia**

En la actualidad es claro que un buen control de la glicemia, lleva a retardo en el deterioro de la función renal. (Martínez, Ordóñez y León. 2007)

### **9. Alcohol y otras**

Alguna evidencia soporta que el consumo de alcohol de más de 1,5 onzas líquidas (44 ml) (whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc.) o 4 onzas líquidas (118 ml) de vino o 12 onzas líquidas (355 ml) de cerveza al día puede favorecer la hipertensión arterial y ser factor de progresión de la ERC. (Menon y Sarnak., 2005)

Existen diversos factores de riesgo cardiovascular, no modificables y modificables, que se relacionan con la génesis o deterioro de la función renal; estos últimos son susceptibles de intervención, que debemos asumir en forma estricta para llevar las cifras de presión arterial o los diversos parámetros bioquímicos, al normal exigido, para que la función renal se preserve o no se deteriore. Por otra parte, debemos conocer, en forma clara, la función renal calculada, para poner, aún más, énfasis en este grupo de pacientes y ejercer un control, aún más, estricto sobre ellos. (D'Achiardi et al. 2011)

### **2.3 Tratamiento de la enfermedad renal crónica**

El tratamiento de ERC, según la etapa en que se encuentre el paciente (Flores et al 2009), incluye:

- Terapia específica, basada en el diagnóstico
- Evaluación y manejo de condiciones comórbidas
- Aminorar la pérdida de función renal
- Prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular
- Prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida
- Preparación para terapias de sustitución renal
- Reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante.

Individuos en riesgo, pero que no tienen ERC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo y control periódico.

Las opciones de terapia de remplazo renal para los pacientes con ERC son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, con sus diferentes modalidades.

El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que, normalmente, se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.



Deben acompañarse de una dieta estricta para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (. Barrios, Cuenca, Devia, Franco, Guzmán & Niño, 2004), de restricciones en la ingesta de líquidos y de la toma de medicamentos diarios, ya sea para suplir las sustancias que el organismo ha dejado de producir o para controlar los efectos secundarios de la IRC o de la enfermedad que la causó (García, Fajardo, Guevara, González & Hurtado, 2002).

Esta alteración en la salud impacta y transforma la vida de los pacientes de forma definitiva, llevándolos a depender durante años, del uso de diálisis ya sea diálisis peritoneal continua o de hemodiálisis. Ambos procedimientos son considerados como tratamientos sustitutivos de la función renal, que disminuye la mortalidad de las personas que la padecen.

Con la diálisis se ha logrado prolongar y mejorar la calidad de vida por la reducción de toxinas responsables de provocar diferentes alteraciones, las cuales se pueden eliminar con la frecuencia, duración del tratamiento depurativo y flujo permitido por el acceso vascular.” (Harrison 2002)

El objetivo de la diálisis es, conseguir que los pacientes alcancen una supervivencia prolongada y al mismo tiempo, favorecer su calidad de vida.

### **2.3.1 Hemodiálisis**

La hemodiálisis es el método, más, común para tratar la insuficiencia renal avanzada y permanente. Desde la década de los sesenta, cuando la hemodiálisis se convirtió, por

primera vez en un tratamiento práctico para la insuficiencia renal, hemos aprendido mucho sobre cómo hacer que los tratamientos de hemodiálisis sean más eficaces y cómo minimizar sus efectos secundarios. En los últimos años, los aparatos para diálisis más compactos y simples, han hecho que la diálisis, en el hogar, sea cada vez una opción más accesible. Pero incluso, con mejores procedimientos y equipos, la hemodiálisis sigue siendo una terapia complicada e incómoda que requiere un esfuerzo coordinado de todo su equipo de profesionales de la salud, incluyendo su nefrólogo, enfermero de diálisis, técnico de diálisis, dietista y trabajador social. (Vale, 2008).

La hemodiálisis es, actualmente, el tratamiento más empleado y se utiliza en el 90% de los pacientes con IRC. (Atencio *et al.*, 2004).

La palabra “hemo” significa sangre. En esta técnica la sangre sale fuera del cuerpo a través de un tubo y se limpia por medio de un filtro especial, en una máquina de diálisis. La sangre limpia es devuelta al cuerpo.

La hemodiálisis depura y filtra la sangre usando una máquina para eliminar, temporalmente, los desechos peligrosos del cuerpo, y el exceso de sal y de agua, además, ayuda a controlar la presión arterial y ayuda a que el cuerpo mantenga el equilibrio, adecuado, de sustancias químicas importantes, tales como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato. La diálisis puede reemplazar parte de las funciones de los riñones. (Harrison, 2008)

También son necesarios los medicamentos, las dietas especiales y la restricción en el consumo de líquidos. Lo que puede comer y beber, y la cantidad de medicamentos que necesitará, dependerán del tratamiento que elija. (Harrison, 2001).

El principio, fundamental, de la hemodiálisis, consiste en hacer circular sangre a través de filtros especiales en forma extracorpórea, ayudando, de esta forma, a eliminar las toxinas y el exceso de líquido del organismo, produciéndose, simultáneamente, un equilibrio positivo hacia el paciente, de elementos como calcio y bicarbonato. Ameritando ajustar los requerimientos dietéticos y los medicamentos prescritos. (Aljama *et al.*, 2005).

### **2.3.2 Diálisis Peritoneal**

Es un procedimiento que permite filtrar la sangre mediante la membrana peritoneal que todos tenemos, es semipermeable y deja pasar las toxinas que el riñón ya no puede eliminar. (Harrison, 2002)

Para hacer uso de la membrana peritoneal es necesario instalar un tubo llamado catéter peritoneal, a través del que se infunde una solución de diálisis en la cavidad peritoneal. (Harrison, 2002)

La diálisis peritoneal es un tratamiento ambulatorio, sustitutivo de la función renal, que se puede realizar fuera del hospital una vez que el paciente, familiar o cuidador haya sido capacitado para realizarlo. Esto proporciona mayor independencia, al paciente y le permite retomar sus actividades y compromisos diarios. (Dehesa, 2008)

La diálisis peritoneal, no precisa ninguna máquina, se utiliza una membrana orgánica situada en la zona abdominal de todas las personas: el peritoneo. El propio paciente introduce el líquido de diálisis en la cavidad abdominal que queda a un lado del

peritoneo. Y en ésta, a diferencia de la hemodiálisis, el intercambio entre la sangre y la solución de diálisis se realiza durante veinticuatro horas, pues el líquido de diálisis está en la cavidad abdominal durante todo el día y la noche. Éste suele cambiarse tres o cuatro veces al día. (Ruiz y Castelo, 2003).

### **2.3.3 Trasplante Renal**

En la actualidad se realiza trasplante de donante vivo que no son familiares (p.ej., del cónyuge) en diversos centros. La supervivencia del injerto, en estos casos, es mucho mejor que la que se observa con trasplante de cadáver, aunque menos favorable que la de trasplante de donante vivo que sí son familiares. El peligro principal para el éxito, a corto plazo de un trasplante renal, es el rechazo inmunológico, por lo general el mismo se identifica al observar una elevación de la creatinina sérica, pero también provoca hipertensión, fiebre, reducción del gasto urinario y en ocasiones dolor en la palpación del injerto. (Schwartzmann, 2003)

### **2.4. Calidad de vida**

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado, tanto en su tratamiento, como en el sustento de vida. (Gómez, 2004)

Históricamente, para algunos especialistas en la materia, la primera persona que utilizó el término calidad de vida (CV) fue el economista norteamericano Galbraith a finales de los años 50 del pasado siglo, para otros, fue en 1964 el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Jonson, y es en la década de 1970 que este término adquiere una connotación semántica. (Fernández, Fernández y Cieza, 2010)

En las décadas siguientes, el término “calidad de vida” se usó, indistintamente, para nombrar innúmeros aspectos diferentes de la vida, como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. (Fernández, Fernández y Cieza, 2010)

Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Badía & Lizán, 2004; Schwartzmann, 2003).

La calidad de vida (C.V) es un constructo, ampliamente estudiado, en varias enfermedades y en la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) por sus características y tratamiento. Constituye una preocupación permanente en los(as) profesionales de la salud.

El término “calidad de vida” fue admitido en el Index Medicus en 1977, éste ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello,

distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente. El concepto y su desarrollo no se han presentado ni brusca, ni fácilmente y su definición ha sido lenta y dificultosa. (Schwartzmann, 2003)

En 1994, la Organización Mundial de la Salud la definió como “la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores, en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. (Schwartzmann, 2003)

Más recientemente el constructo “calidad de vida” se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo. (Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, y Schneider 2003)

Tal como lo sugiere Tobón y Vinaccia (2006), pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que, necesariamente, es preciso integrar, en dicho concepto, el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socio afectivas.

Para el Centro de Enfermedades, el Control y la Prevención estadounidense (2000), dice que el concepto calidad de vida relacionada con la salud y sus determinantes, han evolucionado desde los años 80 para abarcar aquellos aspectos de la calidad de vida global que pueden afectar la salud, tanto física como mental. A escala individual, los subdominios incluirían: percepción de la salud física, percepción de la salud mental, riesgos de salud, estado funcional, apoyo social, y estado socioeconómico. A escala comunitaria o social, la calidad de vida relacionada con la salud incluiría, también, los

recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional.

#### **2.4.1 Calidad de vida relacionada con la salud**

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es pues, el aspecto que se refiere, específicamente, a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del “estado funcional” y otra la de la psicológica del bienestar y de la salud mental. (Ustün *et al*, 2003)

Meeberg GAE 1993, citado por Urzua, 2010, dice que el concepto de calidad de vida, relacionada con la salud (CVRS), llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el término, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición. (Alcario, 2010).

También la OMS ha definido 5 grupos prioritarios para hacer una evaluación de carácter internacional, del nivel de calidad de vida:

1.- Pacientes con enfermedades crónicas.

- 2.- Cuidadores informales (normalmente familiares) que cuidan a personas con enfermedades crónicas y discapacidades.
- 3.- Sujetos que viven situaciones, altamente, estresantes, como son los enfermos mentales o ancianos institucionalizados.
- 4.- Sujetos vulnerables, difíciles de evaluar y tratar, debido a la naturaleza de su deterioro, como aquellos con problemas del aprendizaje o con deterioro de la visión, audición o habla.

En 1994 se creó el Grupo de la Organización Mundial de la Salud para el Estudio de la Calidad de Vida (WHOQOL), que la definió como “la percepción del individuo, de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”. (Rebollo, Morales, Pons y Mansilla., 2014).

Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza, de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene, su estado de salud (Urzúa, 2010).

Esta incluye la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y al grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas. (Schwartzmann, 2003).

Aunque no existe, con exactitud, una definición, generalmente, aceptada y que se utilice definitivamente acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Herdman y Baró (2000) citan, con claridad la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja, el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:



“La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación, subjetiva, de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”.

Por la variabilidad de las definiciones de calidad de vida era necesario llegar a un consenso sobre un concepto que abarcara la mayoría de las características de los individuos, en diferentes lugares y situaciones.

Para esto, la Organización Mundial de Salud (OMS) (2001), reunió a representantes de varios países que conceptuaron la calidad de vida como "la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La CVRS se refiere, en particular, a los efectos de las enfermedades y de sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes. (Consiglio y Belloso, 2003)

La definición de calidad de vida de la Organización Mundial de Salud (OMS) implica, directamente, la propia de salud. Sin embargo, entre la definición de salud y la de calidad de vida y la de CVRS, se pueden hallar en la literatura una variedad de términos relacionados. Éstos son estado de salud (health status), bienestar (well-being), y estado funcional (functional status). (García, Tornero, Sunyer y Limón. 2006)

Cordero T, Amoroto M, Fernández M (2007), nos dicen que en los últimos años, las investigaciones han estado orientadas a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a la cual se han dado tres enfoques principales:

- ✓ Como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida, en general.
- ✓ Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social.
- ✓ Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, a través de políticas y programas tendentes a mejorar el nivel de salud.

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida, relacionado con la salud se refiere a la manera cómo una persona o grupo de personas percibe su estado físico y mental, con el pasar del tiempo. A menudo los médicos han utilizado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL, por sus siglas en inglés) para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes, a fin de comprender, mejor, de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2012)

Asimismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades, en diferentes poblaciones. El seguimiento de la calidad de vida relacionado con la salud, en diferentes poblaciones puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudar a orientar las políticas o

las intervenciones para mejorar su salud. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2012)

Por otro lado, en los últimos años han ido adquiriendo particular relevancia los indicadores que permiten una evaluación, más integral, de la salud de las personas y una mejor apreciación del impacto que tienen sobre ella la enfermedad y los tratamientos aplicados, tomando en cuenta las necesidades de los pacientes (Consiglio & Bellosio, 2003).

Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se mide porque:

- ♦ hay un creciente énfasis en evaluar la perspectiva del paciente y de su familia
- ♦ ya no es suficiente preservar la vida o mantener la enfermedad inactiva
- ♦ Los recursos de salud deben servir para mejorar la calidad de vida
- ♦ La CVRS se está convirtiendo en la variable, más importante, para evaluar la respuesta a nuevas terapias.

La diferencia entre ambos conceptos es relativamente sutil, mientras que en la calidad de vida hace énfasis sobre los aspectos psicosociales, sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social (Welfare) y del subjetivo general (Wellbeing), en la CVRS se da mayor énfasis a la evaluación, de parte del individuo, de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente ( Quiceno & Vinaccia, 2008).

#### **2.4.2 Dimensiones de la calidad de vida**

Como se mencionó, anteriormente, el concepto de CVRS es multidimensional, ya que toma en cuenta diversos aspectos de la vida del individuo; por eso, los instrumentos o cuestionarios utilizados constan de diferentes “dominios, dimensiones o sub-escalas”. Son considerados los más importantes: función física, salud mental, función social y los de percepción global de salud y de calidad de vida. A su vez, cada dominio está conformado por varias preguntas que apuntan a registrar una percepción determinada de ese individuo (Quiceno & Vinaccia 2008).

Las dimensiones fundamentales son: el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social. Hay tres aspectos fundamentales incorporados en esta definición:

##### **a. Dimensión física**

Piñol y Sanz (2004), consideran que es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Los aspectos físicos incluyen el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causados por la patología misma y/o por su tratamiento.

##### **b. Dimensión psicológica**

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. (Mirón, Alonso, Serrano y Sáenz, 2008)

Los aspectos psicológicos cubren una amplia gama de estados emocionales distintos (como depresión, ansiedad y felicidad) y funciones intelectuales y cognoscitivas (como la memoria, la atención y la alerta). (Piñol y Sanz, 2004)

También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

### **c. Dimensión social**

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Los aspectos sociales, haciendo hincapié en el aislamiento y en la autoestima, asociados al rol social de las enfermedades crónicas. (Lizaín, 2009).

Sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento: hace alusión a los signos y síntomas de la enfermedad (dolor) y/o efectos secundarios o colaterales de la terapia (sedación, náuseas, irritabilidad, entre otros). (Piñol y Sanz, 2004)

Otros aspectos que se han considerado son: cuestiones económicas relacionadas a la salud, preocupaciones de tipo espiritual o existenciales, funcionamiento sexual, imagen corporal, preocupaciones excesivas por la salud, efectos del diagnóstico, capacidad de superación de la enfermedad y el tratamiento, perspectivas de futuro en relación con la salud y el tratamiento y grado de satisfacción, con la atención y los cuidados médicos-hospitalarios recibidos. (Mirón, Alonso, Serrano y Sáenz, 2008)

### **2.4.3 Características de la calidad de vida**

Como hemos visto el constructo calidad de vida representa la percepción de cómo vive el individuo su salud globalmente; esto es, en todo el conjunto de dominios de la salud, relacionados con la salud y no relacionados con ella. (Fernández, Fernández y Cieza, 2010).

Una de las mayores controversias respecto al concepto CV tiene que ver con los aspectos objetivos y subjetivos que abarca, y en cómo estos se articulan, con base en los planteamientos de Borthwick-Duffy (1992) citado por Monardes, Gonzalez y Soto (2011), propusieron un acercamiento, teórico, donde clasificaron las definiciones existentes en cuatro grupos:

1. Calidad de vida, entendida como la suma de circunstancias objetivas en la vida de una persona, sin interpretaciones subjetivas. Dentro de esta concepción de CV se encuentran los indicadores sociales, económicos o demográficos usados inicialmente en el estudio del bienestar de los individuos, donde por ejemplo, el bienestar material se medía según el nivel de ingresos de un individuo, en relación con la población en general.
2. Calidad de vida entendida como la satisfacción de la persona con sus circunstancias vitales, sin considerar las condiciones objetivas. Así, lo que cada individuo entienda por “satisfacción” será fundamental para evaluar el grado de bienestar que experimenta en términos materiales, por ejemplo, pudiendo obtenerse resultados similares entre dos personas que juzgan la “satisfacción”, desde enfoques muy diferentes.

3. Calidad de vida, entendida como la combinación entre las condiciones de vida y la satisfacción personal. Desde estas definiciones se intenta abordar el constructo incluyendo elementos objetivos y subjetivos, por lo que, siguiendo el ejemplo del bienestar material, este ámbito se evaluaría tomando en cuenta datos concretos (nivel de ingresos) y la satisfacción experimentada por el individuo, ante esas circunstancias materiales, aunque la correlación, entre ambos tipos de datos, sea nula.

4. Calidad de vida, entendida como la combinación entre las condiciones de vida objetivas y la satisfacción personal, ponderadas por los valores, aspiraciones y expectativas del individuo. Siguiendo el ejemplo de lo planteado anteriormente, el bienestar material no sólo implicaría la consideración del nivel de ingresos de una persona y la satisfacción que el individuo experimenta con él, sino también debería abordar la valoración o el grado de importancia que el sujeto otorga, a este ámbito, en su vida.

Shwartzmann (2003), consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la patología.

En general podemos considerar que se trata de un concepto subjetivo y multidimensional, (Gaite, L., 2008), que posee una serie de características:

- **Centrado en el paciente:** a diferencia de la concepción que pueda tener un observador o evaluador externo, el concepto calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) está orientado hacia la perspectiva de la persona afectada. Por tanto, el mejor evaluador de la calidad de vida de una persona es esa misma persona y no un experto “externo”.
  - **Subjetivo:** a consecuencia de la primera observación, parece claro que su evaluación debe ser subjetiva.
  - **Multidimensional:** en general, podemos considerar que la CVRS incluye, al menos, las siguientes dimensiones: física (la percepción de la persona de su estado físico), psicológica (la percepción de la persona de su estado cognitivo y afectivo) y social (la percepción de la persona sobre sus relaciones sociales y sus roles).
- a. **Concepto subjetivo** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
  - b. **Concepto universal** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
  - c. **Concepto holístico** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
  - d. **Concepto dinámico** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.



- e. **Interdependencia** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal, físicamente, o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

#### **2.4.4 Evaluación de la calidad de vida**

Poder evaluar la calidad de vida de los pacientes se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la forma de proceder del personal médico que atiende al paciente, así como de la familia; además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y así, diseñar cada vez mejores métodos para ayudar al paciente. Los dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional y social. (Vinaccia y Orozco. 2005)

Por otra parte, la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) (Urzúa, 2010), puede ser a través de:

- a) instrumentos genéricos
- b) instrumentos específicos: enfermedades particulares, grupos de pacientes, o
- c) áreas o dimensiones de funcionamiento (dolor, por ejemplo).

Desde el punto de vista de la investigación, Vinaccia et al 2005, indican que las mediciones de calidad de vida, con frecuencia, se abordan junto con la medición de la efectividad del tratamiento. Los principales grupos de estudio sobre enfermedades crónicas incluyen mediciones de la calidad de vida, en sus estudios sobre protocolos de tratamiento. Cuando se considera un instrumento para la evaluación, es importante tener en cuenta su contenido y tiempo de aplicación, así como su fiabilidad y validez.

Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), citado por Vinaccia, y Orozco, L. (2005), dicen que el diseño o la elección de un cuestionario depende del entorno, el grado de sofisticación deseado en la información y, en particular, el resultado del tratamiento esperado por el paciente (curativo, paliativo, que prolongue la vida o un estudio de investigación de fase I). Cuanto más enfermo esté el paciente, más complejo debería ser el instrumento de medición.

La psico-oncología es, por ejemplo, una de las especialidades que más se ha preocupado por evaluar la calidad de vida de sus pacientes, ya que el objetivo, último, de los equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos es proporcionarle bienestar o comodidad, al paciente. Y bienestar, como ya se ha indicado, es un concepto eminentemente subjetivo. (Urzúa, 2010)

A medida que aumenta el interés en la eficacia y la utilidad de la atención con relación a los costes, quizás el cuidado paliativo en particular se vea sometido a un escrutinio minucioso que estimule la medición de la calidad de vida.

**CAPÍTULO III**  
**MATERIALES Y MÉTODO**

### **3.1 Tipo y diseño de la investigación**

Se trata de un estudio transversal correlacional, mediante un diseño no experimental para determinar si las condiciones físicas, mentales y sociodemográficas están relacionadas a la percepción de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Dr. Rafael Estévez, de Aguadulce.

Área de estudio:

El estudio se realizó en la sala de Hemodiálisis del Hospital Dr. Rafael Estévez, ubicado en el corregimiento de Aguadulce, provincia de Coclé. Esta unidad, de hemodiálisis, se instauró el 4 de diciembre de 2002, con 10 pacientes, 6 máquinas y 3 ósmosis portátiles; entonces, contaba con 4 enfermeras y 4 técnicos, además, con la atención del nefrólogo Elías Pérez Guardia. En octubre de 2004 se inició el servicio de diálisis peritoneal con una enfermera.

En el 2005, con los servicios del nefrólogo, Edgar Delgado, se inicia el programa de protocolo de trasplante renal y para el año 2009, se abre la sala B de hemodiálisis que, actualmente, cuenta con 30 máquinas o riñones artificiales, para la atención de hemodiálisis a 155 pacientes. Esta sala es la unidad de referencia para las otras salas satélites del interior del país que presta sus servicios como centro de capacitación de enfermeras, médicos y técnicos, en las provincias centrales.

En la actualidad se brindan tres sesiones diarias de tratamiento, en cada una, con un censo de 150 pacientes, con un total de 16 enfermeras, 9 técnicos de enfermería, 4 médicos generales y un médico especialista en nefrología.

### 3.2 Definición general de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías
<b>Sociodemográficas</b>			
- Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	Declaración de la edad del participante	19 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años Mayor o igual a 70 años.
- Procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace.	Procedencia declarada por el participante	-Urbano -Rural
- Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada, empleo.	Ocupación que el participante acepta que realiza	-Empleado dependiente - Dueña de Casa - Jubilado. - Independiente. - Cesante. - Jubilado. - Otro.
- Estado Civil	Condición social y legal	Estado civil declarado por el participante	-Soltero -Casado

- Sexo	<p>de cada persona, con relación a obligaciones y derechos civiles</p> <p>Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, masculino o femenino, hombre o mujer.</p>	Sexo declarado por el participante	<p>- Unión libre - Viudo - Divorciado - soltero</p> <p>• Masculino</p> <p>• Femenino</p>
<b>Calidad de Vida</b>	<p>Resultado del proceso de estimación que el individuo realiza, de acuerdo a su propio proyecto de vida.</p> <p>Se refiere a cómo percibe cada individuo su estado físico, mental, ambiental y social.</p>	Cuestionario SF-36, que mide calidad de vida	<p>Excelente Buena Muy buena Regular Mala</p>
<b>Salud física</b>	Son aquellos condicionantes de origen natural que limitan la calidad de vida.	Cuestionario SF-36, que mide calidad de vida	<p>Componentes de salud física:</p> <p>➤ Función física</p> <p>- Actividades Vigorosas</p> <p>- Actividades moderadas</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantar bolsa compras</li> <li>-Subir varios pisos</li> <li>-Subir un piso</li> <li>-Agacharse, arrodillarse</li> <li>-Caminar 1 Km</li> <li>-Caminar algunas cuadras</li> <li>-Caminar una cuadra</li> <li>-Bañarse, vestirse               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rol físico</li> </ul> </li> <li>-disminuyo en el tiempo.</li> <li>-menos cumplimiento</li> <li>-algo limitado</li> <li>-tuvo dificultad               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dolor corporal</li> </ul> </li> <li>-magnitud del dolor.</li> <li>-interferencia del dolor               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Salud general</li> </ul> </li> <li>-se enferma fácil</li> <li>-Tan saludable como otros</li> <li>-Salud va a empeorar.</li> <li>-Salud excelente.</li> </ul>
<b>Salud mental</b>	La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social. Afecta la forma en cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida.	Cuestionario SF-36.	<p>Componentes de la salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vitalidad</li> <li>-Animado</li> <li>-Con energía</li> <li>-Agotado</li> <li>-Cansado               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Función social</li> </ul> </li> <li>-Alcance social</li> <li>-Magnitud (tiempo) social               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rol emocional</li> </ul> </li> <li>-Disminuyo el tiempo</li> <li>-Menos cumplimiento</li> <li>-No cuidadoso</li> <li>➤ Salud mental</li> <li>-Nervioso</li> </ul>

			-desanimado -Tranquilo -Triste -Feliz
--	--	--	--

### **3.3 Universo del Estudio**

#### **3.3.1 Universo**

La población está constituida por 150 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de la sala de hemodiálisis del Hospital Dr. Rafael Estévez, de Aguadulce. No se realizó muestreo pues se trata de un estudio censal.

#### **3.3.2 Criterio de Inclusión y Exclusión**

Criterio de inclusión:

Todos los pacientes atendidos, entre los meses de octubre y noviembre de 2014, en la sala de tratamiento de hemodiálisis, del Hospital Dr. Rafael Estévez, de Aguadulce.

Criterio de exclusión:

Se considerarán los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro psicogénico manifiesto.
- Pacientes con alteración psicológica o psiquiátrica de base.
- Pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente.



- Pacientes con hipoacusia.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación

### **3.4 Procedimientos para la recolección de la información**

Se solicitó la autorización de la Dirección Médica del Hospital Regional DR. Rafael Estévez, de Aguadulce para la realización del estudio en sala de Hemodiálisis, de este nosocomio, la cual a su vez pide autorización a la Dirección General de la CSS, así como la colaboración del Jefe del servicio de Nefrología y personal en general, de la sala.

Para la recolección de la información, la investigadora, durante los meses de octubre y noviembre, asiste a la sala de hemodiálisis y abordo a los pacientes informándoles sobre el motivo de la investigación y la confidencialidad de los datos proporcionados, esto según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual en los puntos 1, 14 y 23 se habla que todo estudio, en seres humanos, debe ir descrito en un protocolo y se debe tomar todas las precauciones para resguardar la identidad de los participantes.

Con el fin de cumplir con lo establecido en el Artículo 1 de la ley N° 68 de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, se procederá a proporcionar una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación y la libertad de no participar si lo considera pertinente; posterior a ésta se solicitará la firma del consentimiento informado, por escrito, de acuerdo a lo estipulado en el título.

### **3.5 Instrumento de recolección de datos**

Se utilizó una encuesta, aplicada, a los pacientes que se realizan tratamiento de hemodiálisis. El instrumento consta de dos secciones:

Sección 1: Antecedentes Personales. Consta de 7 preguntas cerradas sobre edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, procedencia y tiempo en hemodiálisis.

Sección 2: Cuestionario de Salud SF-36 (HealthSurvey SF-36), creado por el doctor JohnWare y traducido al español por Alonso y cols. (1995). Está desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios, utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la mental.

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general, y 1 ítem que no forma parte de la puntuación final sobre el cambio de salud, en el tiempo.

El componente, físico, agrupa las cuatro primeras sub escalas, funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, y salud general. El componente mental está formado por las sub dimensiones de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El componente físico está compuesto por 21 ítems, mientras que el mental por 14.

#### **Descripción de las Escalas de Salud medidas por SF-36**

**Función Física (FF):** Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)

**Rol físico (RF):** Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).

**Dolor corporal (DC):** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).

**Salud General (SG):** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 preguntas).

**Vitalidad (VT):** Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).

**Función Social (FS):** Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).

**Rol Emocional (RE):** Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).

**Salud Mental (SM):** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas)

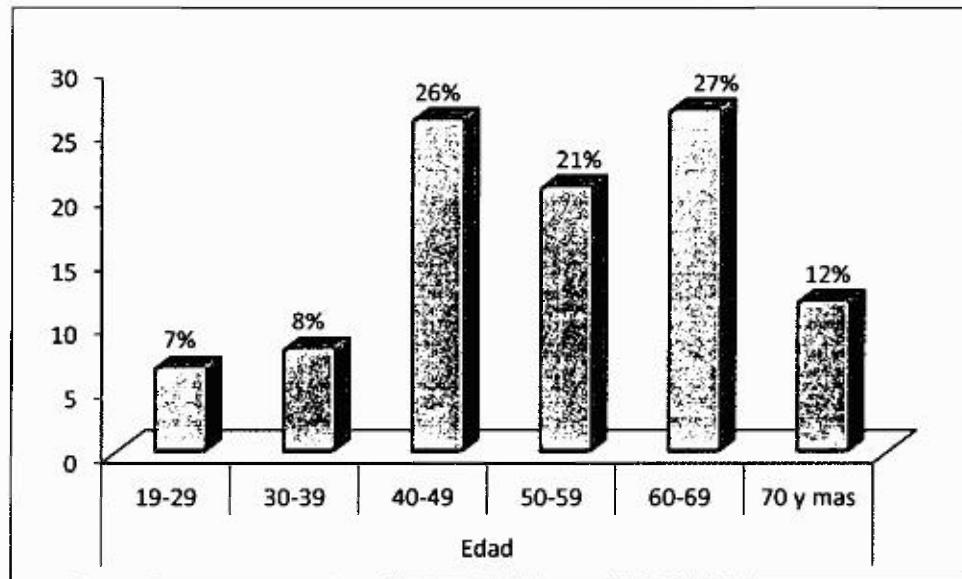
Para cada uno de ellos el recorrido es de 0 (que determina el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (que corresponde al mejor estado de salud).

### 3.6 Plan de análisis

El procesamiento y análisis de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS 20 (Statistical Package for the Social Science). Para la caracterización de las variables cuantitativas se utilizaron medidas descriptivas, como la media desviación típica e intervalos de confianza del 95%. Para determinar la existencia de relación entre las variables se utilizará el test de independencia  $\chi^2$  con un nivel de significación de 0,05. En los casos en que no se cumplan los supuestos, se utilizó la significación exacta de Monte Carlo, Una estimación no sesgada del nivel de significación exacto, calculada mediante el muestreo repetido a partir de un conjunto de tablas con iguales dimensiones y marginales de fila y columna que la tabla observada. El método de Monte Carlo permite estimar la significación exacta sin tener que confiar en los supuestos que requiere el método asintótico. Este método es más útil si el conjunto de datos es demasiado grande para calcular la significación exacta, pero los datos no cumplen los supuestos del método asintótico. Los resultados se presentarán en cuadros y/o gráficas. Los resultados corresponden a los encuestados que contestaron el 100% de las preguntas de la versión estándar de la encuesta SF-36v.2, los cuales fueron un total de 135 pacientes del total de 150.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

**Fig., 1. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN EDAD, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

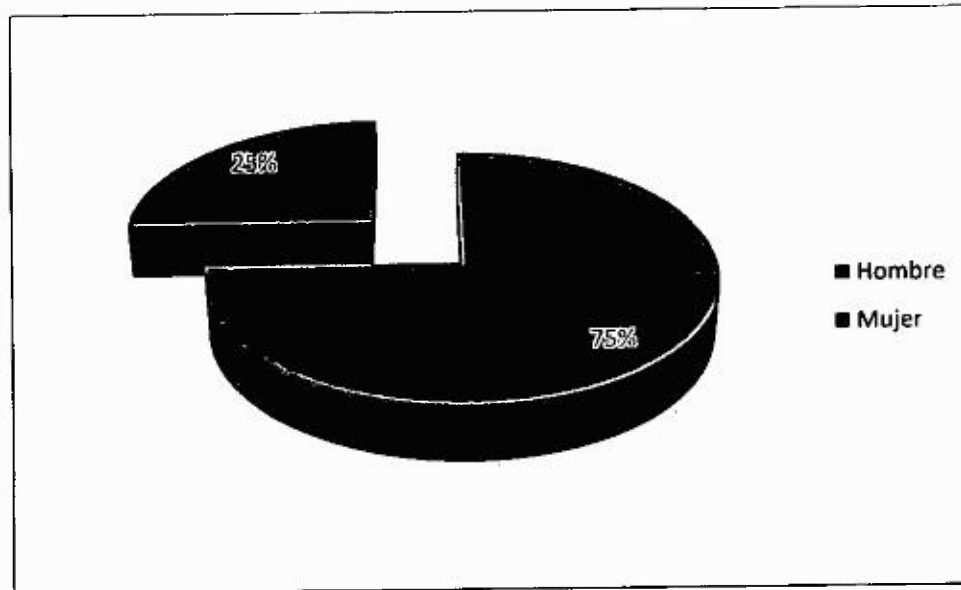


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

De un total de 135 pacientes que participaron en nuestro estudio, se pudo observar que el 27% (36), se encuentran entre las edades de 60 a 69 años, seguido muy de cerca con un 26% (35) del grupo de 40 a 49 y del grupo de 50 a 59 con un 21%, (28) siendo estos, tres, grupos de edades que van de 40 a 69 años la mayor parte de pacientes en tratamiento de hemodiálisis con un 74%.

Según estadística de la Caja de Seguro Social, el promedio de edad de los pacientes que se encuentran en tratamiento, es de 54 años, vemos que en el 21% de los pacientes encuestados está entre los 50 y 59 años, de edad. La literatura nos dice que la enfermedad renal crónica aumenta después de los 50 años y es más frecuente entre los adultos mayores de 70 años.

**Fig. 2. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, POR SEXO, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

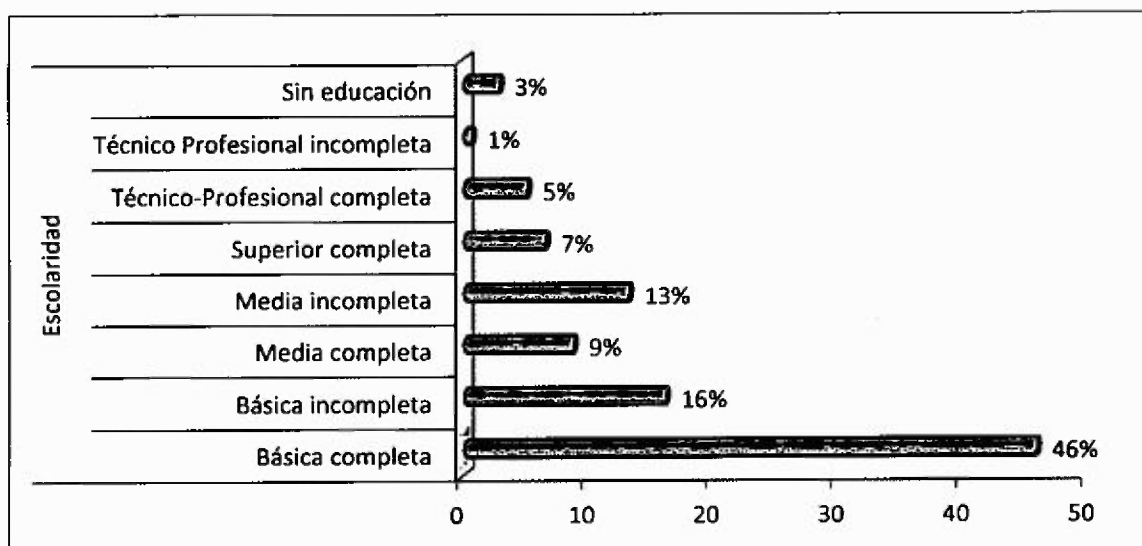


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

Como se puede observar en esta gráfica, el sexo con mayor predominancia en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, es el masculino, con 75% (101), un 25% (34), son mujeres.

Estadísticas de la Caja de Seguro Social reflejan que la gran mayoría de los pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis pertenecen al sexo masculino. Análisis han asociado al género masculino, a mayor deterioro de la filtración glomerular, lo que puede llevar a una enfermedad renal crónica.

**Fig. 3. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN ESCOLARIDAD, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**



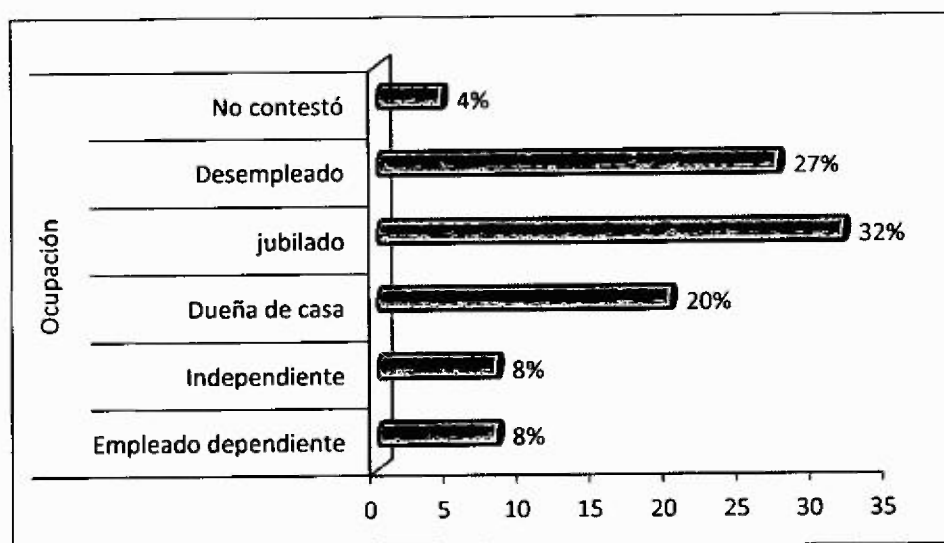
FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

De los pacientes encuestados tenemos que el 46% (62) cuentan con educación básica completa, el 16 % (22) educación básica incompleta, siendo estos los niveles de escolaridad que, la mayoría de los encuestados alcanzaron, seguida de la media incompleta, con un 13% (18) y la media completa con un 9% (12). La superior completa con un 7% (9), técnico completo 5% (7). El 97% tiene algún grado de escolaridad.

Factores sociodemográficos como privación social y bajo nivel socioeconómico se han asociado a la prevalencia de enfermedad renal crónica, al tener un bajo nivel educativo, estas personas tendrán, menos, oportunidades de obtener un trabajo bien remunerado y por ende, un bajo nivel socioeconómico.



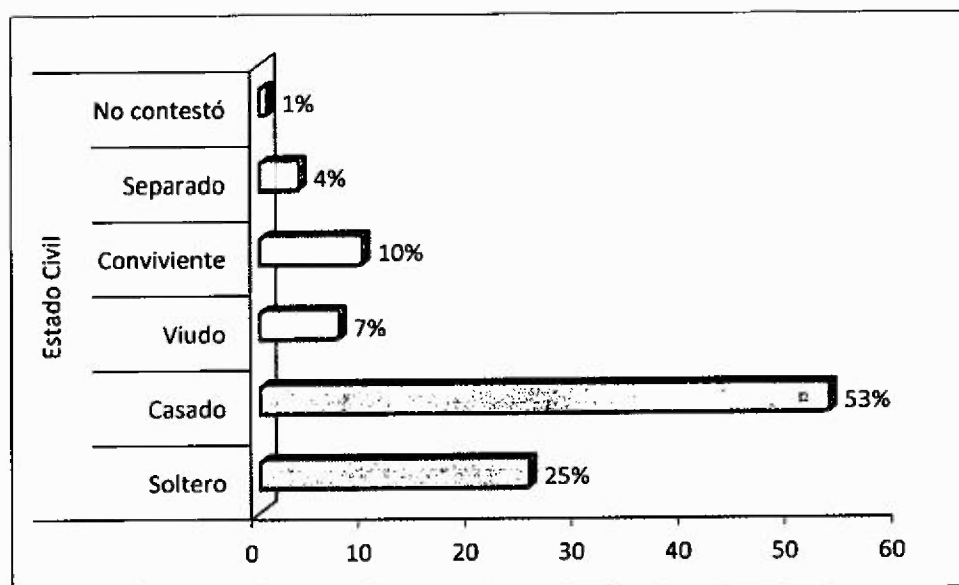
**Fig. 4. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, POR OCUPACIÓN, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**



FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

La mayoría de los participantes son jubilados, 43 pacientes (32%), seguido de desempleados, 37 (27%) y amas de casa 27 (20%). Sólo un 8% (11) se encuentra como empleado dependiente, al igual que independiente con un 8% (11). Viendo, pues, que sólo el 16% de los pacientes se encuentran realizando algún tipo de trabajo. Cabe destacar que en ítem jubilado se encuentran los pacientes pensionados y están, aún, en edad activa. Estudios han demostrado que entre las influencias, positivas, para mejorar la calidad de vida de las personas en hemodiálisis está el permanecer activos laboralmente; en nuestro estudio encontramos que la mayoría de los pacientes se encuentra jubilados y desempleados, lo que podría influir, negativamente, en la percepción de la calidad de vida.

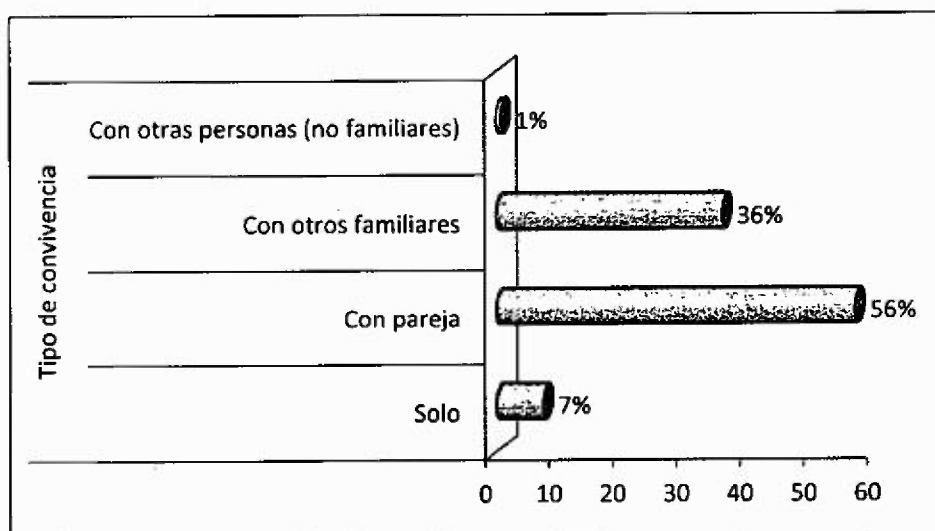
**Fig. 5. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS POR ESTADO CIVIL HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**



FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

De los pacientes encuestados el 53% (72) se encuentran casados y un 10% (13) conviviente, reflejando, así, que la mayoría cuenta con una pareja (63%), un 25% (34) soltero, el 7% (10) viudo y un 4% (5) separado. Esta condición puede influir, de manera positiva, en la percepción de la calidad de vida, ya que el paciente, al contar con apoyo familiar, afronta mejor o de forma positiva, todo lo que conlleva esta enfermedad y el tratamiento.

**Fig. 6. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN FAMILIAR EN EL HOGAR, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

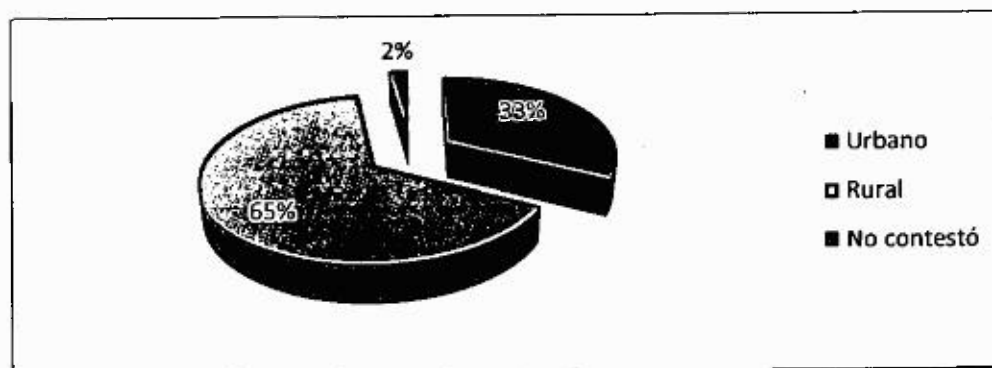


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

Aquí observamos que la mayoría convive con pareja 56% (76), y con otros familiares 36% (48), un 7% (10) vive solo y solamente un 1% (1) vive con otras personas.

Dando como resultado que el 92% de los pacientes vive con algún tipo de familia, y a mayor apoyo familiar, aumenta su capacidad de afrontamiento y adherencia, al tratamiento y a la enfermedad.

**Fig. 7. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN PROCEDENCIA, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

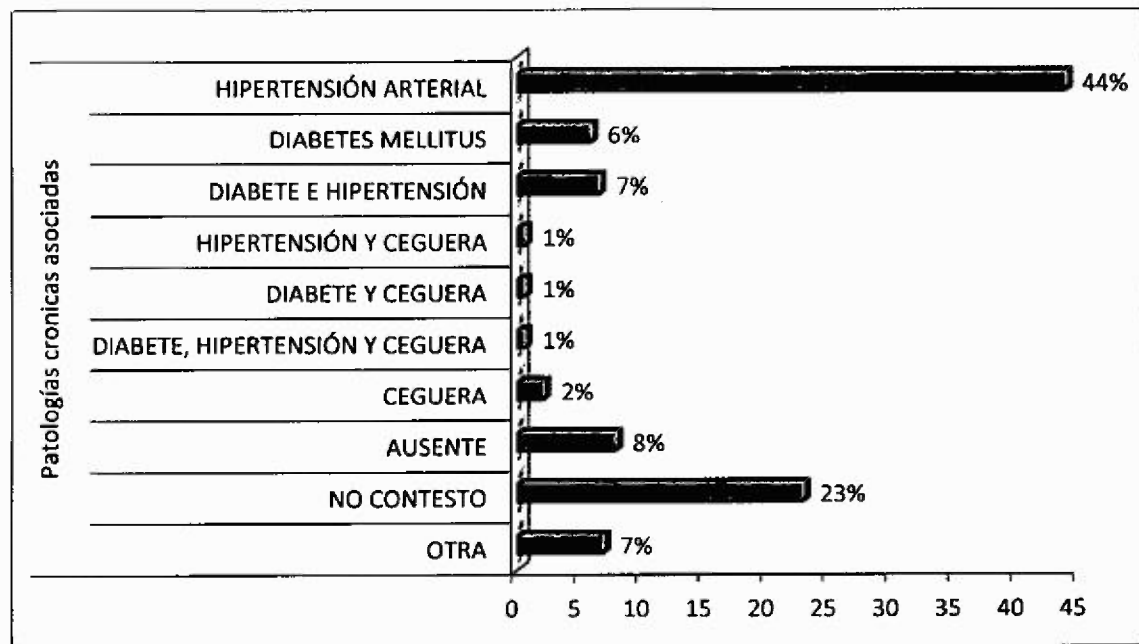


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez Aguadulce 2014.

La gran mayoría de los pacientes 65% (88), encuestados, proceden del área rural, y el 33% (44) del área urbana.

Como describimos en la etiología de enfermedad renal crónica, la pobreza es un, importantísimo, marcador de salud que influye en la predisposición, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas (como la obesidad, la diabetes y la hipertensión); también, estudios realizados apuntan a una relación, muy clara, entre la prevalencia de la enfermedad renal crónica y el nivel económico. Además de poder ser una causa de esta enfermedad por la condición económica y las grandes distancias que estos pacientes deben recorrer para llegar tres veces por semana al tratamiento, puede representar un fuerte gasto económico que no estaba contemplado en la dinámica familiar. Otros estudios indican que factores demográficos, como la cercanía del lugar de tratamiento, influye en la calidad de vida, de los pacientes.

**Fig. 8. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN PATOLOGÍAS CRÓNICAS ASOCIADAS, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**



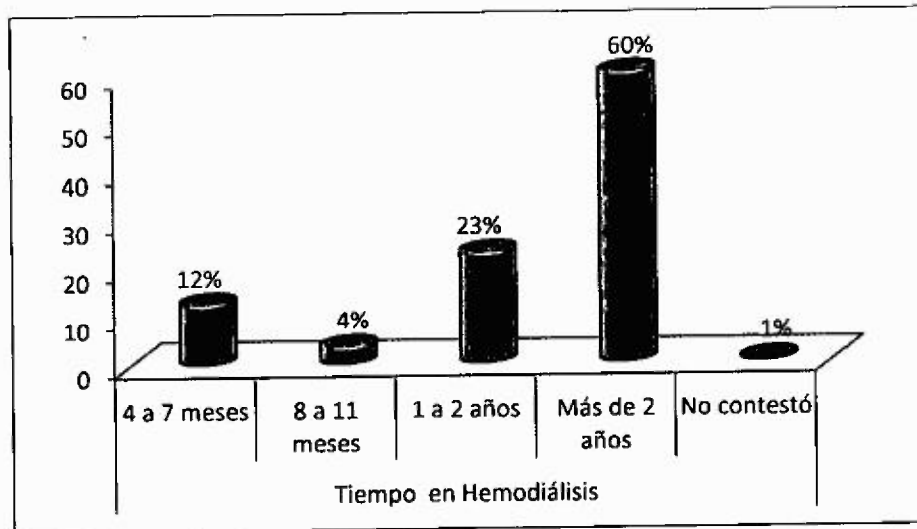
FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

La patología crónica de mayor frecuencia, en los pacientes encuestados, es la presión arterial, 60 pacientes la sufren (44%), unos 6 pacientes (6%) tienen la diabetes como patología crónica asociada y 9 (7%) tienen ambas. El estudio Prefrec, realizado en las provincias de Panamá y Colón, describe que padecer de hipertensión arterial y diabetes mellitus son factores de riesgos para la enfermedad renal crónica; en el mismo se encontró que 38.5% presenta valores de presión arterial, clasificados, como hipertensión arterial y 9.5% padece diabetes mellitus.

En la literatura también encontramos que los principales factores de riesgo como la diabetes y la hipertensión arterial forman parte del grupo de enfermedades crónicas, han

aumentado, sostenidamente, su prevalencia e incidencia. Debemos mencionar también, que la hipertensión arterial no es únicamente causa de la enfermedad renal crónica, sino también una consecuencia de la misma y que es la afección, más, frecuentemente asociada con la misma.

**Fig. 9. PACIENTES DE HEMODIÁLISIS SEGÚN, TIEMPO DE TRATAMIENTO EN HEMODIÁLISIS, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

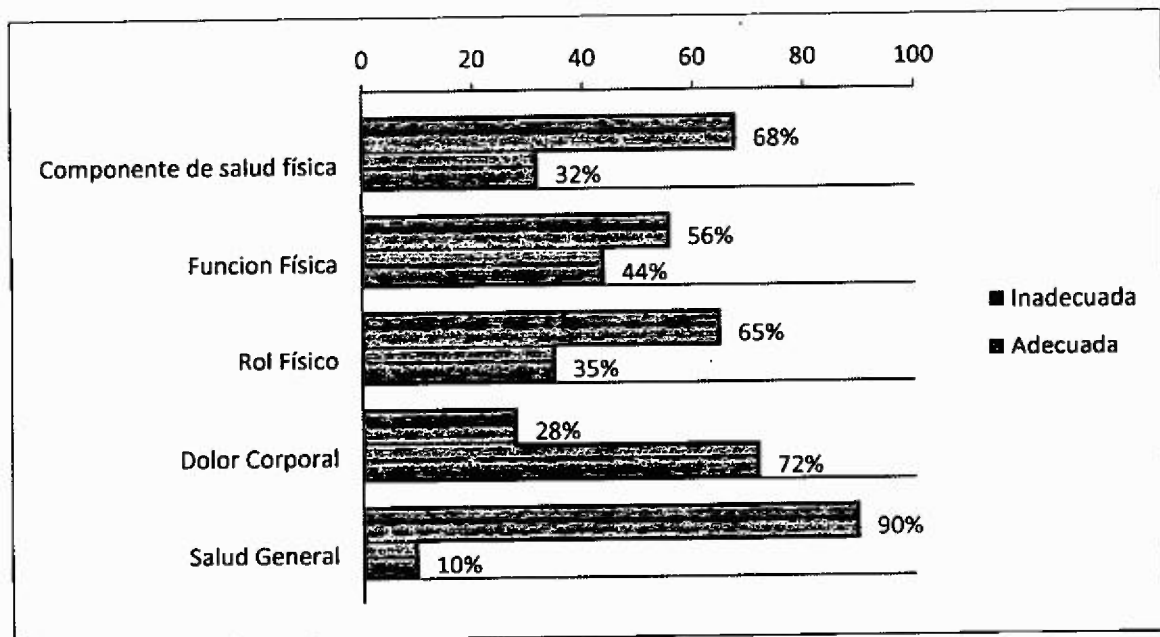


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

Los encuestados, en su mayoría, 81 pacientes (60%), tienen más de 2 años en tratamiento de hemodiálisis, seguido de 1 a dos años, 31, con un 23%. De 4 a 7 meses 17 pacientes (12%).

El tratamiento de hemodiálisis ha avanzado muchísimo, lo que ha aumentado la supervivencia de las personas con enfermedad renal crónica, por lo que encontramos pacientes con varios años, en este tratamiento. Lo que aumenta también el deterioro en las funciones físicas.

**Fig. 10. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN COMPONENTE DE SALUD FÍSICA Y CONDICIÓN DE SALUD, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**



FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

Tenemos que los componentes de la salud física que permite la valoración salud física considerando cómo la salud, actual de los pacientes, afecta la realización de actividades cotidianas y los limita, físicamente, en la realización de las mismas. En general, podemos decir, que un total de 92 pacientes (68%), valoraron el componente de salud física como inadecuada y 43 (32%), como adecuada.

Ahora veremos cómo valoraron cada escala del componente físico:

La función física reflejó que la mayoría, 76 de los pacientes (56%), valoran su función física como inadecuada, 59 (44%), como adecuada. Esta escala representa las



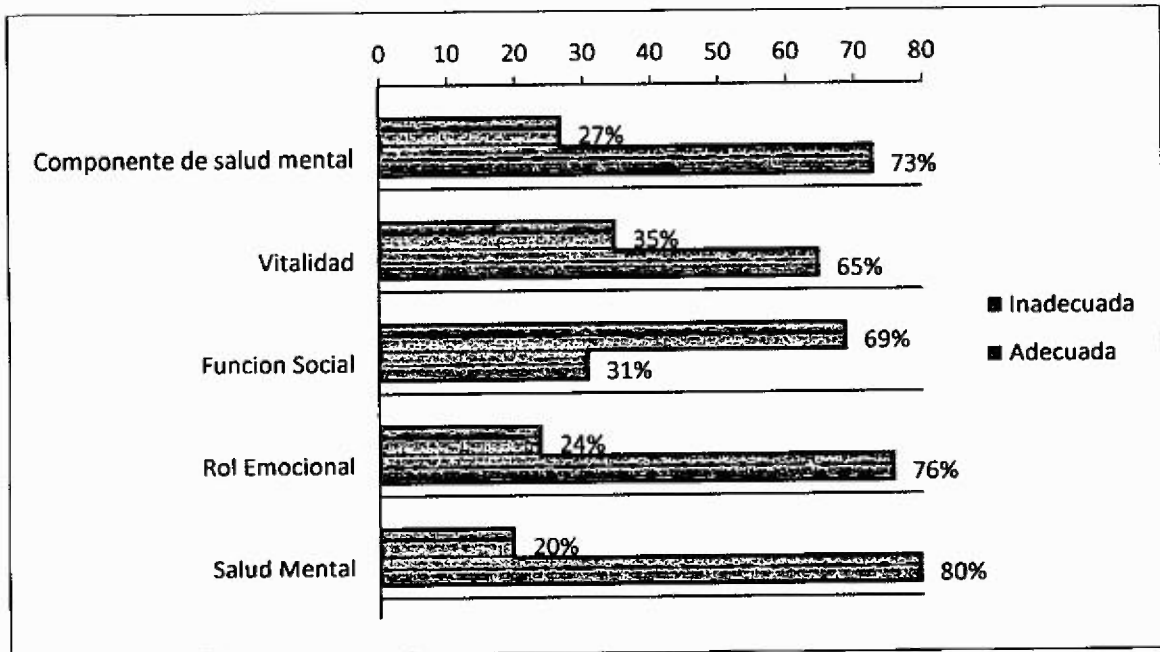
limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

Los resultados del rol físico indican que el 65% (88 pacientes), considera que éste es inadecuado, sólo el 35% (47), lo considera adecuado. El mismo mide problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física.

Se observa que en la escala para el dolor corporal un 28% (28 pacientes), la valoró como inadecuada, muy por el contrario de la mayoría 72% (72), que la consideró como adecuada o tolerable. Esta escala mide la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar, como fuera de casa.

Y el 90% (121 pacientes) valoró su salud general como inadecuada y sólo el 10% (14) consideró su salud, general, como adecuada. Si bien, el tratamiento de hemodiálisis les permite prolongar la vida y supervivencia, también afecta la realización de actividades cotidianas y a largo plazo la salud y su calidad de vida, ya sea por todos los efectos que conlleva el tratamiento y/o patologías agregadas a esta enfermedad.

**Fig. 11. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN COMPONENTE DE SALUD MENTAL Y CONDICIÓN DE SALUD, HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**



FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

En cuanto a este componente que permite la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar, tenemos que la mayoría de los pacientes, el 73% (99) lo valoró como adecuado; mientras que el 27% (36) considera, su estado mental, inadecuado.

Al valorar cada escala, de esta función, tenemos que, en la de apreciación de la vitalidad, el 65% (88 pacientes), la consideró como adecuada, mientras el 35% (47),

inadecuada. La misma expresa la sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento.

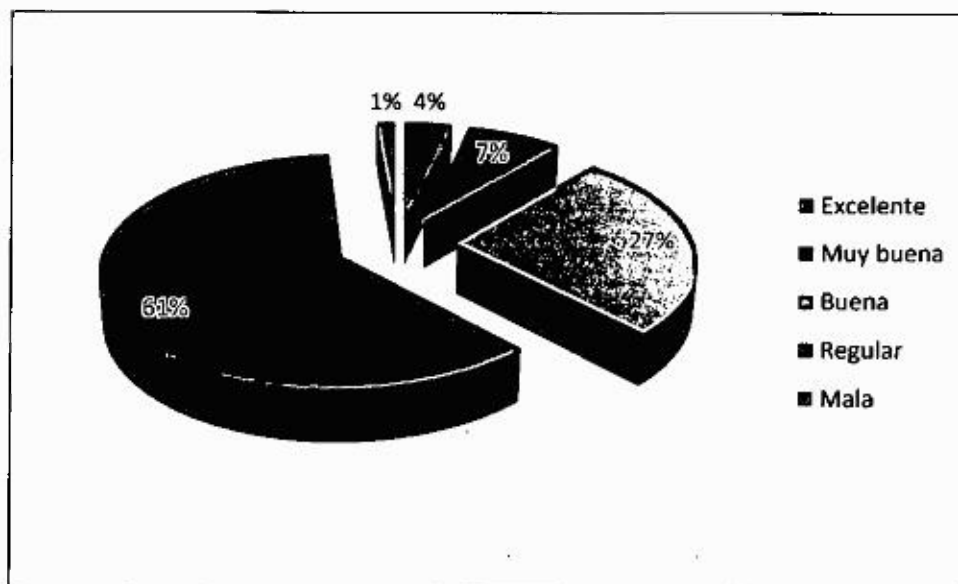
En cuanto a la función social, se encontró que el 31% (42 pacientes), la considera adecuada, versus el 69% (93) inadecuada. Esta función mide la interferencia con la vida social habitual, debido a problemas físicos o emocionales.

En el rol emocional que establece el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo, un 76% (103), la considera adecuada y un 24% (32), inadecuada.

La escala de la Salud mental que permite la valoración, general, de la misma, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general, nos indica que el 80% (108), la considera adecuada, mientras un 20% (27), inadecuada.

La mayoría (73%) evaluó el componente de salud mental como adecuada. De las cuatro escalas que la componen sólo la función social (69%) fue considerada inadecuada. Tal vez, esto, sea que a pesar de su enfermedad sienten que cuentan con apoyo familiar y los ayuda a una mejor adherencia, a su enfermedad y tratamiento, en cambio, la función social que está relacionada a las funciones físicas, los limita a la hora de compartir o visitar a familiares y amigos, pues como vimos en la figura 10, los pacientes, en general, valoraron los componentes de la salud física como inadecuados.

**Fig. 12 PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTEVÉZ. AGUADULCE 2014.**



FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

Tenemos que un 61% (82) de los pacientes encuestados perciben su calidad de vida como regular, el 27% (36), como buena, un 7% (10), como muy buena, el 4% (5), excelente y sólo un 1% como mala.

Esto puede deberse a que las personas perciben su calidad de vida en función a su salud general, si no sienten que tienen una buena salud, o que esta afecta sus actividades cotidianas, van a percibir, así mismo, su calidad de vida.

**Cuadro I. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN CALIDAD DE VIDA Y EDAD. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ AGUADULCE 2014.**

Calidad de vida	Total		Edad					
			menos de 40		40-59		60 y más	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>63</b>	<b>47</b>	<b>52</b>	<b>38</b>
<b>Excelente</b>	5	4	4	3	0	0	1	0.7
<b>Muy buena</b>	10	7	4	3	4	3	2	1.5
<b>Buena</b>	36	27	6	4.5	17	13	13	10
<b>Regular</b>	82	61	6	4.5	41	30	35	25
<b>Mala</b>	2	1	0	0	1	1	1	0.7

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

En este cuadro apreciamos que el grupo de menos de 40 años de edad, consideró, en su mayoría, su calidad de vida entre buena y regular, con 4.5 % cada uno, tal vez se deba a que por su edad cuentan con más vitalidad y resistencia, ante los efectos adversos del tratamiento no, así, pues vemos cómo a medida que aumenta la edad, los pacientes perciben su calidad de vida como regular; el 30% de los pacientes entre las edades de 40 a 59 años y el 25% de los de 60 y más, consideraron su calidad de vida como regular.

La percepción, respecto a la calidad de vida, se asoció, significativamente, con la edad donde  $\chi^2=38.578$  y  $p=0.008$ , (Cuadro VII). Tomando en consideración la edad, las discrepancias se presentan en los pacientes entre 30 y 39 años los que perciben, en mayor porcentaje, una calidad de vida excelente (27%); los de 19 a 29 años, que la perciben, en mayor porcentaje, como muy buena (33%) y los 19 a 29 años que, en menor porcentaje, la valoraron como regular.

**Cuadro II. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN CALIDAD DE VIDA Y SEXO. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ AGUADULCE 2014.**

Calidad de vida	Total		Sexo			
			Hombre		Mujer	
	F	%	f	%	F	%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>75</b>	<b>34</b>	<b>25</b>
<b>Excelente</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Muy buena</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>7.4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Buena</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>15.5</b>	<b>15</b>	<b>11</b>
<b>Regular</b>	<b>82</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>12</b>
<b>Mala</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

En el cuadro se observa que en su mayoría, el sexo masculino percibe su calidad de vida como regular con un 49% y el femenino, en su gran mayoría como buena y regular, con un 11% y 12% respectivamente. Esto puede deberse a que la mayor parte de las mujeres, encuestadas, eran amas de casa y tal vez, ellas no captaron que el tratamiento o la enfermedad interfiere en sus actividades diarias ya que por las mismas no recibían ninguna remuneración económica, por lo que no se vieron afectadas, en ese aspecto.

En conclusión, al comparar la percepción de la calidad de vida con el sexo, encontramos una relación significativa, donde  $X^2=13.846$  y  $p=0.008$  (Cuadro IX). Con el Sexo, las discrepancias se presentaron en el grupo de las mujeres quienes, en mayor porcentaje, clasificaron el nivel de vida como buena.

**Cuadro III. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN CALIDAD DE VIDA Y OCUPACIÓN. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

Calidad de vida	Ocupación											
	Total		Empleado dependiente		Independiente		Dueña de casa		Jubilado		Desempleado	
			F	%	F	%	f	%	f	%	F	%
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>29</b>
<b>Excelente</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Muy buena</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Buena</b>	<b>33</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<b>Regular</b>	<b>79</b>	<b>61</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>15</b>
<b>Mala</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

\*Análisis no incluye a los pacientes que no respondieron los ítems de ocupación.

En general, podemos observar que, independientemente, si los pacientes tienen o no ocupación, la mayoría, el 61%, perciben su calidad de vida como regular.

Se presenta una pequeña diferencia con las dueñas de casa, donde un total de 13% percibió la calidad de vida entre excelente, muy buena y buena y el 10 % como regular.

Estudios han demostrado que la inactividad laboral o falta de actividad remunerada, presenta baja calidad de vida. Sin embargo, al comparar la calidad de vida que perciben, no se encontraron diferencias, estadísticamente, significativas entre la percepción de la calidad de vida y la ocupación, donde  $p > 0.05$ . (Cuadro X)

**Cuadro IV. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS SEGÚN, CALIDAD DE VIDA Y ESTADO CIVIL. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014**

Calidad de vida	Total		Estado Civil									
			Soltero		Casado		Viudo		Conviviente		Separado	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	f	%
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>72</b>	<b>54</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>Excelente</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1.4</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Muy buena</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2.2</b>	<b>5</b>	<b>3.7</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Buena</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>6.6</b>	<b>18</b>	<b>13.5</b>	<b>4</b>	<b>2.8</b>	<b>5</b>	<b>3.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Regular</b>	<b>81</b>	<b>60</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>47</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>3.5</b>	<b>6</b>	<b>4.6</b>	<b>4</b>	<b>3.2</b>
<b>Mala</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0.8</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

\*Análisis no incluye a los pacientes que no respondieron los ítems de estado civil.

De 134 pacientes que respondieron los ítems de estado civil, 81 (60%) percibieron su calidad de vida como regular.

Podemos decir que el 14% de los soltero, 35% de los casados, 3.5% de los viudos, 4.6% convivientes y el 3.2% de los separados, la percibieron como regular.

No se encontraron diferencias, estadísticamente significativas entre la percepción sobre la calidad de vida y el estado civil, con una  $p > 0.05$ . (Cuadro XI)



**Cuadro V. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN, CALIDAD DE VIDA Y PROCEDENCIA. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

Calidad de vida	Total		Procedencia			
			Urbano		Rural	
	F	%	F	%	f	%
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>88</b>	<b>67</b>
<b>Excelente</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Muy buena</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
<b>Buena</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>16</b>
<b>Regular</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>42</b>
<b>Mala</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

\*Análisis no incluye a los pacientes que no respondieron los ítems de procedencia.

En presente cuadro se aprecia que el 20% de los pacientes que viven en áreas urbanas percibieron su calidad de vida como regular y los que viven en las rurales, que corresponde a la mayoría, el 55% la percibió como regular.

No se encontraron diferencias, estadísticamente significativas, entre la percepción sobre la calidad de vida y la procedencia con una  $p > 0.05$ . (Cuadro XII).

Se observa, pues que los pacientes a pesar de las distancias que recorren para llegar a su tratamiento, no es un factor que afecte su percepción de la calidad de vida.

**Cuadro VI. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS SEGÚN, CALIDAD DE VIDA Y COMPONENTE DE SALUD FÍSICA. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTEVEZ. AGUADULCE 2014.**

CALIDAD DE VIDA	COMPONENTE DE SALUD FÍSICA					
	TOTAL		INADECUADA		ADECUADA	
	F	%	F	%	F	%
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>68</b>	<b>43</b>	<b>32</b>
<b>Excelente</b>	5	4	2	1.5	3	2
<b>Muy buena</b>	10	7	5	4	5	4
<b>Buena</b>	36	27	17	12	19	14
<b>Regular</b>	82	61	66	49	16	12
<b>Mala</b>	2	1	2	1.5	0	0

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

Al comparar la calidad de vida que perciben los pacientes y la valoración del componente de salud física, encontramos una relación significativa con el mismo, con un valor  $X^2 = 17,292$  y una  $p$  de 0,001. (Cuadro XIII).

Las mayores discrepancias se presentan en los pacientes que perciben una calidad de vida buena y valoraron como adecuada el componente de salud física (14%) y los que la perciben como regular y valoraron como inadecuada el componente de salud física (49%).

Estudios realizados sugieren que los pacientes, en hemodiálisis, tienen serios problemas de salud que superan los psíquicos, donde manifiestan sentir mejor función mental que física.

**Cuadro VII. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN, CALIDAD DE VIDA Y COMPONENTE DE SALUD MENTAL. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

CALIDAD DE VIDA	COMPONENTE DE SALUD MENTAL					
	TOTAL		INADECUADA		ADECUADA	
	F	%	F	%	F	%
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>99</b>	<b>73</b>
<b>Excelente</b>	5	4	0	0	5	4
<b>Muy buena</b>	10	7	1	1	9	7
<b>Buena</b>	36	27	8	6	28	20
<b>Regular</b>	82	61	26	19	56	41
<b>Mala</b>	2	1	1	1	1	1

Al comparar la calidad de vida, percibida, de los pacientes y la valoración del componente de salud mental, no se encontraron diferencias, estadísticamente significativas, donde el valor de  $X^2=5,225$  y una  $p=0,259$ . (Cuadro XIV).

Lo que indica, que no existe evidencia que relacione la percepción de la calidad de vida, con los componentes de la salud mental, de los pacientes.

## **Discusión**

A pesar que la hemodiálisis y los tratamientos sustitutos de la función renal, han avanzado de tal manera que se puede prolongar la vida de los pacientes, esto no les ha garantizado una adecuada calidad de vida necesariamente. Los cambios y limitaciones que tienen que afrontar hacen de la ERC, una de las enfermedades crónicas más difíciles de sobrellevar, pues demandan un nivel muy alto de dependencia por parte del paciente, hace que la calidad de vida de éstos se vea afectada.

La calidad de vida relacionada a salud compone una importante variable de medida subjetiva del impacto que tiene la enfermedad o el tratamiento sobre la vida de los afectados. La valoración de la misma nos permite detectar alteraciones e intervenir tempranamente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas.

En medicina, nos aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad, en cómo se siente el paciente, independiente de los datos clínicos.

En este estudio si analizamos la variable calidad de vida, medida a través del cuestionario SF-36, y las dimensiones que la componen, se observa que el 61% en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación regular de su calidad de vida

y analizando las variables numéricas, se podría deducir que a medida que va aumentando la edad, se va perdiendo la esperanza en el trasplante y la terapia se va haciendo cada vez más agotadora; en nuestro estudio al asociar la variable edad con la calidad de vida se encontró una relación, significativa, entre ambas, donde el valor  $X^2=38.578$  y una  $p=0.008$ , viéndose que la mayoría de los pacientes se encuentran entre los 50 y más años de edad.

Algunos autores, señalan que la calidad de vida es más baja en personas adultas porque ésta se relaciona con un mayor deterioro de la actividad física. (Morsh, Goncalves y Barros, 2008). Guerra, Sanhueza y Cáceres, (2012), en su estudio encontraron que las personas mayores de 60 años obtuvieron puntajes, más bajos, en la calidad de vida que los menores de 60 años, pero sólo en las subescalas síntomas, carga de la enfermedad y componente físico. Lo que se refleja en nuestro estudio, pues con respecto a la edad, las discrepancias se presentan en los pacientes entre 30 y 39 años los que perciben, en mayor porcentaje, una calidad de vida excelente (27%), los de 19 a 29 años que la perciben, en mayor porcentaje, como muy buena (33%) y los 19 a 29 años que, en menor porcentaje, la valoraron como regular.

Álvarez (2001), sostiene en su estudio, que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta, seguramente, la calidad de vida relacionada con la salud. Otra variable que podría afectar la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida es que a medida que van aumentando los años de tratamiento, se va perdiendo la esperanza en el

trasplante y la terapia se va haciendo, cada vez, más agotadora, en nuestro estudio la mayoría de los pacientes encuestados (60%), tiene más de dos años en tratamiento.

Otra variable sociodemográfica en la que encontramos una asociación significativa con la calidad de vida percibida fue el género, con una  $X^2=13.846$  y una  $p=0.008$ , donde la discrepancia la dio el sexo femenino, puesto que el 11%, percibió su calidad de vida como buena y un 2% como excelente, en cambio el sexo masculino, un 49% calificó su calidad de vida como regular. Hay que tener en cuenta, también, que un 75% de los pacientes encuestados es masculino y solo un 25% es femenino. Esto aun cuando investigaciones previas señalan que los hombres presentan una mejor CVRS que las mujeres (Álvarez et al., 2001; Vázquez et al., 2004; Wehbe et al., 2004). Quizás pueda deberse a que los pacientes están relacionando su calidad en función a las limitaciones físicas que les ha impuesto la enfermedad y el tratamiento y los pacientes de sexo masculino han tenido que abandonar actividades que requerían más esfuerzo físico que el sexo femenino.

Otros estudios indican que la limitación ocupacional puede vivirse como una profunda pérdida. Los varones, tradicionalmente socializados para desempeñarse en espacios públicos, pueden vivir la experiencia como abandono obligatorio y consecuentemente, como reclusión doméstica, lo cual desde sus representaciones de masculinidad puede tener un significado también estigmatizante. (Ledon, 2008)

Las mujeres con vínculo laboral viven también con dolor su interrupción. Sin embargo, es muy frecuente encontrar que sus mayores preocupaciones aparezcan cuando ven interrumpidas la realización de actividades domésticas y de cuidado de la familia,

consideradas como roles femenino, desde nuestras representaciones culturales. (Ledon 2008). En los pacientes encuestados observamos que un 59% de los participantes se encuentra inactivo laboralmente, de alguna manera y un 27% es ama de casa, lo que también puede explicar por qué las mujeres perciben mejor su calidad de vida que los hombres, aunque no se encontró evidencia, estadísticamente, significativa que relacione la calidad de vida percibida y la ocupación.

Otros factores probables que pueden afectar la percepción de la calidad puede estar determinada por las distancias, al desplazarse, desde su residencia, estado civil y ocupación, aunque no se encontró evidencia, significativa, en nuestro estudio entre la calidad de vida percibida y estas variables; estos pacientes, al desplazarse de sectores rurales, hasta los centros de diálisis, el tiempo del traslado, las condiciones de transporte y que en la mayoría de las ocasiones tienen que requerir de un acompañante, y el gasto bolsillo que esto implica, puede incidir, en la percepción negativa de la calidad de vida. En los resultados, se observa que, en su mayoría, los pacientes proceden de áreas rurales. De éstos el 42% de los pacientes que viven en áreas rurales percibieron su calidad de vida como regular, pero no sólo los que viven en las áreas rurales perciben su calidad de vida como regular, pues los pacientes de áreas urbanas también.

Los pacientes que perciben tener una familia normo funcional, presentan una mejor CVRS que los pacientes que perciben una familia disfuncional (Wehbe et al., 2004). Esto, en nuestro estudio no se presentó, pues el mayor porcentaje de los pacientes, ya sea casados, solteros, viudos, convivientes, percibió su calidad de vida como regular, por lo

que tampoco se encontró evidencia que relacionara la calidad de vida percibida y el estado civil, mas esta variable sí puede influir en su salud mental.

Otras variables son las patologías asociadas, donde la hipertensión arterial y la diabetes fueron las enfermedades con mayor porcentaje, lo que coincide con el estudio de Delgado (2008), donde la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial. La diabetes y la hipertensión fueron más prevalentes en los pacientes mayores de 65 años y no se encontró evidencia, estadísticamente, significativas por sexo.

Según estudios, la alta comorbilidad con otras enfermedades y la mayor discapacidad que origina el tratamiento, incrementan el impacto del tratamiento sobre la calidad de vida, relacionada a salud (Vinnacia et al., 2005).

Ahora, si vemos cada uno de los componentes, la calidad de vida que evaluamos en la encuesta, tenemos que, el rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 65% de los pacientes declaró que su salud física es inadecuada o interfiere en el desempeño de su trabajo, estos resultados fueron semejantes a otros, en la región (Contreras et al., 2006), esta investigación tenía como dimensión más baja o una de las más bajas a rol físico, dimensión que resultó ser también la más deteriorada de nuestra investigación. Lo que nos indica que los participantes perciben que su salud física interfiere en su trabajo y otras actividades diarias, siendo su rendimiento menor, al esperado por ellos. Este resultado podría explicarse por las complicaciones, físicas, derivadas del tratamiento; existen una serie de síntomas y complicaciones como náuseas, vómitos, cefaleas, cansancio, debilidad, calambres y dolor de huesos y articulaciones (Alvarez *et al.*, 2001; Tovbin et al., 2003) y éstas,



probablemente, interfieren en el trabajo o tareas cotidianas de los pacientes y no les permite desenvolverse con normalidad. Lo que además coincide con otros resultados de estudios similares y publicados en revistas de circulación internacional, esto es, que cifras cercanas a las dos terceras partes de los pacientes, en diálisis, no vuelven al trabajo que realizaban antes del inicio de la insuficiencia renal crónica terminal, lo que puede explicar por qué un buen porcentaje de los pacientes no trabajan o están desempleados (27%), aunque un 32% dice que es jubilado, debo destacar que en este ítem se encuentran los pacientes pensionados por sufrir de esta enfermedad y la mayoría está en edad productiva, un 26% se encuentra en el rango de 40-49 años de edad y un 21% entre 50 y 59, o sea un 47% de los pacientes, mas no existe evidencia, en nuestro estudio, que relacione la calidad de vida percibida con la ocupación de los pacientes.

Por otra parte, también podemos relacionar el deterioro función física, con el grado de escolaridad de la población estudiada ya que sólo un 7% alcanza la educación superior completa y la gran mayoría se encuentra en un nivel educativo básico (46%) y el de desempleo en la población activa (27%), el cual concuerda con el estudio realizado por Marlys Pérez, (2001) donde dice que “a pesar que pudiera considerarse este resultado contradictorio con el obtenido en la dimensión física, la explicación puede estar en que si se asocian las características de la población, en estudio, son personas que dada su escolaridad, la opción de trabajo a la que pueden acceder, tiene relación con una actividad laboral más, de esfuerzo físico que intelectual y que en muchas ocasiones deben abandonar su trabajo por limitaciones de la enfermedad y el tratamiento”. Este dato es importante también, si se considera la cantidad de información que deben comprender estos pacientes para mantener conductas de autocuidado de salud.

Aunado a esto, se encuentran puntajes bajos de la dimensión de Función Física (56%), la cual mide las habilidades para lidiar con los requerimientos físicos de la vida cotidiana. Esto indica que los participantes tienen disminuida la capacidad para realizar actividades físicas más simples, como son las de autocuidado; además presentan complicaciones y dificultades a la hora del trabajo o de otras actividades cotidianas, más demandantes o intensas (Torres, 2010).

El síntoma del dolor crónico resulta, sumamente, perjudicial en la percepción de la calidad de vida, relacionada a salud, pero no es este el caso de los pacientes en hemodiálisis encuestados, ya que el 72% hace referencia de no sufrir dolor crónico

En cambio, valoraron su salud general, como inadecuada, ello puede deberse a lo que venimos observando, que para los pacientes su salud, esté relacionada a poder o no realizar esfuerzos físicos que para una persona, sana, sean normales como bañarse, caminar, levantar objetos, pues se encontró que la percepción de los pacientes, respecto a la calidad de vida, está asociada, significativamente ( $\chi^2=17,292$ ,  $p=0,001$ ), con los componentes de salud física, donde las mayores discrepancias se presentan en los que perciben una buena calidad de vida y valoraron, como adecuada.

La dimensión del estudio más preservada, fue el componente de salud mental (80% adecuada), donde la mayor discrepancia se presentó, en la escala de la función social (69% inadecuada). Por su parte, en el componente de salud mental no se encontró evidencia que lo relacionara con la calidad de vida percibida por los pacientes y la dimensión, más, preservada fue la vitalidad (65% adecuada), seguida del rol emocional (24% adecuada). Esto indica que el componente salud mental, se encuentra ubicado en un

nivel alto y los participantes tienen, frecuentemente, sentimientos de tranquilidad y alegría, reportado, en menor frecuencia, sentimientos de depresión o ansiedad. Aunque al valorar la función social, nos indica, que algunas veces se informan problemas físicos, que interrumpen o pueden perturbar sus interacciones sociales con familiares, amigos o vecinos. Mas, sin embargo, tenemos también, la vitalidad que indica que los pacientes se encuentran animados y con energía, a pesar de que las funciones físicas no están adecuadamente preservadas.

La mayor preservación del componente emocional nos podría indicar que otras variables median el impacto de la enfermedad, éstas pueden estar relacionadas a la personalidad y estilos de afrontamiento de los afectados. Muchos de ellos, por ejemplo, pueden encontrarse en la espera de un trasplante, lo cual elevaría su nivel de esperanza y podría mejorar su estado psicológico, o que cuentan con apoyo familiar ya que también podemos ver que la mayoría cuentan con pareja o viven con familiares. Esto nos hace ver que un 63% tiene algún tipo de pareja y un 36% convive con otros familiares, lo que se pudo confirmar puesto que no se encontró evidencia de relación entre estado civil y calidad de vida percibida, o sea no se ve afectado por esta variable.

Por otra parte, las bajas puntuaciones o inadecuadas, en el rol social (69%), refleja la insatisfacción sobre el tiempo y frecuencia con que visitan o frecuentan a sus amigos y familiares y una evaluación negativa de la situación actual y global de la salud, esto puede deberse a que el tiempo que deben dedicar para la terapia es prolongado, por lo tanto, se les reduce, el mismo como para realizar actividades sociales; unido a esto, las limitaciones de la enfermedad, también lo alejan de su círculo de amigos y familiares.

Los resultados de esta investigación sugieren que aunque la competencia física de los pacientes en hemodiálisis está disminuida, la psicológica se mantiene y permanece estable. Estos indicios se observan al comparar la calidad de vida que perciben versus la valoración del componente físico y mental, donde se encontró una relación, significativa, del componente físico con la percepción de la calidad de vida y no se encuentra evidencia que relacione el componente de salud mental, con la impresión que tienen, de la calidad de vida. De esta certeza parece deducirse que el proceso de adaptación psicológica a los problemas que se derivan de la diálisis, es satisfactorio.

Lo que coincide con el estudio realizado por Rodríguez, Mariano y Castro (2009), que dice que la mayoría de los pacientes reconoce que su enfermedad comienza, seriamente, a restringir su tiempo de trabajo, útil, o a afectar el cumplimiento de sus tareas productivas, debido a las limitaciones y dificultades que impone. En el presente trabajo se encontró que los pacientes renales crónicos, en tratamiento con hemodiálisis, tienen problemas de salud física, que superan, ampliamente, las valoraciones psíquicas que hacen, respecto de su propia condición de enfermos. Se podría sintetizar en que manifiestan mejor calidad de vida mental que la física.

### **Conclusiones**

- Los pacientes, en tratamiento de hemodiálisis, a los que se les realizó la encuesta, percibieron como regular, su calidad de vida.
- La dimensión más preservada, en nuestro estudio, fue la de salud mental, seguida de las dimensiones de funcionamiento social y rol emocional; todas ellas pertenecientes al componente emocional, lo cual indica que, en la muestra hay una mejor respuesta al tratamiento psicológico que al físico, de la enfermedad.
- La población, en estudio, es predominantemente masculina, con educación primaria, en su mayoría, perteneciente al área rural.
- Entre los factores sociodemográficos que se identificaron y los que pudieran afectar la percepción regular de la calidad de vida, tenemos la edad y el sexo, los cuales se relacionaron, significativamente. También podemos decir que aunque no se observó evidencia, las distancias de desplazamientos, desde su residencias, el desempleo, las comorbilidades y el bajo nivel educativo, con el que cuenta la mayoría de los pacientes, así como el tiempo que llevan en el tratamiento, puede

afectar negativamente la percepción que tengan de la calidad de vida por lo desgastante del tratamiento, tanto físico como emocionalmente.

- Se encontró evidencia, estadísticamente, significativa en los componentes de los factores físicos que relacionó la percepción de la calidad de vida y la calificación regular de dichos componentes del cuestionario SF 36, donde el 68% de los encuestados valoró al componente físico, como inadecuado, de éstos el 66% percibió que su calidad de vida era inadecuada. Algo significativo es que el 31% de los pacientes que valoraron al componente de salud física como adecuado, un 37% percibió que su calidad de vida era regular. Por lo que podemos concluir que para los pacientes encuestados, la calidad de vida está muy ligada al grado de limitación que tenga, en diferentes actividades de la vida diaria, tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas.
- No se encontraron diferencias, estadísticamente significativas, entre la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida y el componente de salud mental. Lo que indica que no existe evidencia que relacione la salud mental con la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes de hemodiálisis, del estudio, lo que es un indicativo que la salud física no interfiere con la salud emocional, sus actividades sociales o que cuentan con apoyo familiar continuo, así como tampoco se encontraron diferencias.
- La estimación del funcionamiento del paciente y su bienestar en las diferentes dimensiones, física, psicológica y social de salud, puede ser de gran beneficio para mejorar la comunicación entre el paciente y el personal de salud, facilitar la toma de decisiones compartidas, identificar y anticipar problemas, monitorizar el

impacto que tiene la enfermedad y el tratamiento y, en definitiva, para mejorar la calidad de la atención sanitaria y la de vida, de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

### **Recomendaciones**

- La hemodiálisis es un tratamiento que somete al paciente a cambios tanto fisiológicos, emocionales, sociales y económicos, los cuales de no ser atendidos, oportunamente, desencadenan consecuencias desagradables para quien vive bajo esta situación, por lo que los profesionales de la salud deben utilizar la calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) como un indicador, comprensivo, en la evaluación del estado de salud, reportado por los pacientes y que deben ser considerados al momento de la práctica clínica, como en estudios poblacionales.
- Intentar mejorar la situación funcional de los pacientes, con programas de rehabilitación, evaluando la calidad de los cuidados médicos y de enfermería, en las fases de prediálisis y diálisis; prestando atención al diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías asociadas; intentando mejorar la tolerancia en hemodiálisis mediante la adecuación de su modalidad e intensidad (duración ajustada a las necesidades) y vigilando la frecuencia y severidad de los síntomas residuales (sed, prurito, insomnio, entre otros), se puede mejorar la calidad de vida relacionada a la salud de los afectados y, con toda probabilidad, alargarles la supervivencia.



- Los resultados del presente estudio enfatizan la importancia de evaluar el impacto que tienen la enfermedad y el tratamiento, en los diversos aspectos de la vida de los pacientes en diálisis, por lo que propongo, considerar su estudio y abordaje como un objetivo de calidad, en la atención integral de ellos, para así, mejorar su calidad de vida con relación a la salud.
- Sería conveniente que los profesionales de la salud, que educan a personas con enfermedad renal crónica terminal, estén conscientes y sensibilizados de su rol, respecto a la eficacia que pueden llegar a tener los programas educativos cuando son diseñados, adecuadamente. Que consideren, además, la relevancia que tiene optimizar el tiempo en que los pacientes permanecen en contacto con los profesionales de la salud, durante las sesiones de diálisis, para generar estrategias educativas, y para establecer vínculos con los mismos y familiares para propiciar la educación continua que se necesita para generar cambios a corto y largo plazo.
- Que el presente estudio sirva de referencia para otros, relacionados con la calidad de vida, haciendo énfasis en las dimensiones que presentan resultados categorizados como malos o regulares, de los pacientes que padecen de enfermedad renal crónica y que están en tratamiento de diálisis.

### Bibliografía

1. Alarcón, J.C., Lopera, J.M., Montejo, J.M., Henao, C.M. y Rendón, G. (2006). *Perfil epidemiológico de pacientes en diálisis*, CTRB y RTS sucursal Medellín 2000-2004. *Acta Médica Colombiana*, 31, (1), 4-12.
2. Alcario, A. S.-P.-A. (2010). Calidad de *Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis*. *Revista Sociedad Española de Enfermedades Nefrológicas*, 155-160.
3. Aljama P, García M, Morales A. Fernández A. Luque R. Marcén A., (2013) *Nefrología*. Volumen 33. 2013;33(1):1-6
4. Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C, Sánchez, R., y Rebollo, P. (2001). *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas*. *NEFROLOGÍA*. Vol. XXI. Número 2.
5. Andreu L, Force E. (2001). *500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. Ed. Masson. Nueva Edición de 2001.
6. Atencio, B., Nucette, E., Colina, J., Sumalave, H., Atencio, F., Hinestroza, D. (2004). *Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y neurología*, 2004; 50(103):35-41.
7. Atkins RC. (2005). *The epidemiology of chronic kidney disease*. *Kidney International Supplement*; 67(94):14-8.
8. Badía, X., Lizán, L. (2004). *Calidad de vida: definiciones y conceptos*. En Martínez, P. (Ed.). *Calidad de vida en neurología* (pp. 3-18). Barcelona, España: ARS Médica Editor.
9. Birmelé, B., Le Gall A, Sautenet, B., Aguerre, C., Camus, V. (2012). *Clinical, Sociodemographic, and Psychological Correlates of Health-Related Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients*. *Psychosomatics*. 2012; 53(1):30-7.

10. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, *Clásicos de Salud pública*. Bull World Health Organ vol.81 n.12 Ginebra diciembre 2003.
11. Brenner, B. (2004). *El riñón: tratado de nefrología* (7ª Ed.). Barcelona, España: Elsevier.
12. Cantú, R., Uribe, B., Cirlos, C., (2011). *Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal*. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1: 91-102, enero-junio de 2011.
13. Caravaca F, A. M. (2003). *Progresión de la insuficiencia renal en la enfermedad renal pre-etapa terminal*. Nefrología, 23, 510-19.
14. Centros de Enfermedades, el Control y la Prevención (CDC), (2000): *Measuring Healthy Days*. Atlanta, CDC.
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2012). *Estado socioeconómico inferior y discapacidad en adultos de EE. UU. con enfermedad renal crónica, 1999-2008*. Versión en español aprobada por CDC Multilingual Services - Order #228404.
16. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention). Hoja de datos nacional acerca de la Enfermedad renal crónica del año 2014. Sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/kidney\\_factsheet.pdf](http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/kidney_factsheet.pdf)
17. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y República Dominicana; Ministerio de Salud de El Salvador; Instituto Nacional de Salud. *Conferencia Internacional y Reunión de Alto Nivel sobre Enfermedad Renal Crónica de Causas no Tradicionales (ERCnT) en Centro América*; del 24 al 26 de abril del 2013; San Salvador (El Salvador). San Salvador: COMISCA; 2013.
18. Consiglio, E., Belloso, W. (2003). *Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud*. Medicina (Buenos Aires) 2003; 63:172-178
19. Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C., Fajardo, L. (2006). *Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis*. Colombia: Univ. Psicol. Bogotá 2006; 5 (3): 487-9.
20. Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gomez, V. (2007). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal crónica (IRC) en Tratamiento de Hemodiálisis*. Acta colombiana de Psicología 10 (2): 169-179, 2007

21. Cordero-Sánchez, T., Amoroto-Roig, M., Fernández- Cervera, M. (2007). *Incorporación del estudio de calidad de vida en ensayos clínicos: recomendaciones para su uso*. Rev. Cuba Farm. 2007; 41
22. Coresh, J., Selvin, E., Stevens, LA., et al. (2007). *Prevalencia de la enfermedad renal crónica en los Estados Unidos*. JAMA. 2007; 298 (17): 2038-2047.
23. Cruz, M., Andra, de C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira- Martins, L., De Castro, R. (2011). *Quality of life in patients with chronic kidney disease*. Clinics. 2011; 66(6):991-995.
24. Cusumano, A.M. e Inserta, F. (2007). *Enfermedad renal crónica: Necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión*. Revista de nefrología, diálisis y trasplante, 27 (3), 113-118.
25. D'Achiardi R., Vargas J., Echeverri, J., Moreno, M., Quiroz, G., (2011). *Factores de riesgo de enfermedad renal crónica*. Revista Médica, Volumen 19 No. 2 - Julio - Diciembre de 2011 : 226-231
26. Davison SN, Jhangri GS. (2012) The Relationship Between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health---Related Quality of Life in Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. J Pain Symptom Manage. 2012 Aug 20.
27. Dehesa, L., (2008). *Enfermedad renal crónica; definición y clasificación*. El Residente 2008; 3: 73-78.
28. Delgado, Y, et al. (2008). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud*. Medellín, Colombia, 2008. Nefrología (Madr.) [online]. 2009, vol.29, n.6, pp. 548-556. ISSN 0211-6995.
29. Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbles, F., Garzoni, D., Nolte, C., De Geest, S. (2007). *Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimens*. Am J Crit Care. 2007; 16(3):222-36.
30. Egocheaga, M., Alcázar, R., Lobos, J., Górriz, L., Martínez A., Pastor, A., Martínez I., Caballero F., Sánchez, M. (2012). *Conocimiento y aplicación en la práctica real del Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica*. Nefrología 2012;32(6):797-808
31. Esquivel, C., Prieto, J., López, J., Ortega, R., Martínez, J., Velasco, V. (2009). *Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis*. Med Int Mex 2009;25(6):443-449.

32. Fernández, J., Fernández, M., Cieza, A., (2010). *Los conceptos de la calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)*. Rev. Esp. Salud Pública 2010; 84: 169-184.
33. Flores, J., Alvo M., Borja H., Morales J., Vega, J., Zúñiga, C., Müller H., Münzenmayer, J., (2009). *Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones*. Rev. Méd. Chile; 137: 137-177.
34. Gaite, L., (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud en el niño con enfermedad crónica*. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. VOL. 48 N° 206, 2008.
35. García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V., Hurtado, A. (2002). *Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos*. Nefrología, 23, 528-537.
36. García, M., Tornero, D., Sunyer, M., Limón, R. (2006). *Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación médica*. Rev. Mex Med Fis Rehab; 18(1):11-17.
37. Gómez, M., (2004). *Evaluación de la calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con Necesidades Educativas Especiales y sin ellas*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
38. González, D., (2007). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Una aproximación psicológica*. Hospital Clínico Viedma (H.C.V.) – Cochabamba – Bolivia.
39. González, U., (2002). *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista Cubana de Salud Pública 2002, 28 (2).
40. González, Y., Herrera., López, J., Nieves, Z., (2011). *Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica*. Psicología de la Salud, publicado: diciembre 1, 2011.
41. Guerra, V., Sanhueza, O., Cáceres, M. (2012). *Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio*: Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(5):[10 pantallas]
42. Guías SEN. Riñón y enfermedad cardiovascular. *Nefrología* Vol. 24, Supl. 6, 2004.

43. Harrison, (2001) Medicina Interna, 5.a edición, Editorial LA PREMSA, S.A., México.
44. Harrison, (2002) Principios de Medicina Interna, Edit. McGraw-Hill, México DF.
45. Harrison: Principios de Medicina Interna; Anthony Fauci, McGraw-Hill; 17ª Edición; 2008; Interamericana de México.
46. Herdman, M., Baró, E. (2000). *La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos*. En: Badía X, Podzamczar D. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2000. p. 19-33.  
[http://www.revistaseden.org/files/art624\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art624_1.pdf)
47. Jofrè, R., López, J., Luño, J., Pérez, R., Rodríguez, P, (2006). *Tratado de Hemodiálisis*. Ed. Medica JIMS, S.L. España, Segunda Edición.
48. Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
49. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013; 3(1):1-308.
50. Ledón Llanes L. (2008). El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2008 Agosto 19(2).
51. Levey AS, Coresh J. (2012). *La enfermedad renal crónica*. *Lancet* 2012; 379 (9811): 165-180.
52. Liza'n L, (2009). *La calidad de vida relacionada con la salud. Atención Primaria*. 2009; 41(7):411-416
53. Manual CTO de Medicina y Cirugía: Nefrología. (2012). Madrid: Grupo CTO. 2012. p. 45.
54. Martín, A., Piñera, C., Gago, M., Ruiz, J., Robledo, C., Arias, M. (2009). *Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos*. *Nefrología* 2009; 29(Sup. Ext. 5):101-105.
55. Martínez, F., Ordóñez, I., León, D., (2007). Deficiencias en el tratamiento de pacientes diabéticos que terminaron en enfermedad renal crónica. *Acta Medica Colombia* vol.32 no.2 Bogotá.

56. Mendes, M., Walker, D., Sesso, R., Ferraz, M. (2011). *Health- Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Sao Paulo, Brazil: A Longitudinal Study*. Value in Health. 2011; 14:(S119-S121).
57. Menon, V., Sarnak, MJ., (2005). *La epidemiología de la enfermedad renal crónica en las etapas de 1 a 4 y la enfermedad cardiovascular: una combinación de alto riesgo*. Am J Kidney Dis 2005; 45: 223 – 232.
58. Mirón, J., Alonso, M., Serrano, A., Sáenz, M., (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España*. Rev. Panamericana Salud Pública. 2008; 24(5):336–44.
59. Mitsnefes, MM. (2007). *Complicaciones cardiovasculares de la enfermedad renal crónica pediátrica*. Pediatr Nephrol 22: preprints.
60. Monardes, C., González, F., Soto, F. (2011). *Calidad de vida: Concepto, características, y aplicación del constructo*. Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura, Número 2, Octubre 2011, Santiago de Chile, Pág. 68-86.
61. Montero J., Segarra A., López R., Monterde J. (s.f). Nefrología. Recuperado de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fttomo2/CAP12.pdf>
62. Morsch, C., Goncalves, L., Barros, E. (2008). *Health-related quality of life among haemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality*. J Clin Nurs. 2008; 15(4):498-504.
63. Mustata S, Groeneveld S, Davidson W, Ford G, Kiland K, Manns B. (2011). Effects of exercise training on physical impairment, arterial stiffness and health-related quality of life in patients with chronic kidney disease: a pilot study. Int Urol Nephrol. 2011 Dec;43(4):1133-41.
64. National Kidney Foundation (2009). Kidney disease. Disponible en línea: [www.kidney.org](http://www.kidney.org)
65. National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI. *Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Renal Crónica: Evaluación, clasificación y estratificación* Am J Kidney Dis 2002; 39:S1-S266, (suppl 1).
66. Organización Panamericana de Salud (2013). *La Enfermedad Renal Crónica en Comunidades Agrícolas de Centroamérica*. 52. o Consejo Directivo.
67. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro.

68. Pérez, M. (2001). "*Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con IRCT en terapia de HDC Ccentro Médico Nefroval. Valdivia 2000*". Tesis para optar al grado de Lic. En Enfermería. Valdivia, UACH, Facultad de Medicina 60 p.
69. Pérez, V. *Aspectos Psicológicos Del Paciente Con Insuficiencia Renal Crónico*
70. Piñol, J., Sanz, C., (2004). *Importancia de la calidad de vida en atención primaria*. Gastroenterol Hepatol 2004; 27(Supl 3): 49-55.
71. Quiceno, J., Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. Psicología y Salud, 18(1), 37-44.
72. Rebollo, A, Morales J, Pons M, Mansilla J. (2014). *Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España*. 2014 Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, Nefrología 2014;34(6)
73. Redacción. ( 27 de enero de /2015) *Alta incidencia en enfermedades renales preocupa a las autoridades de la CSS*. Televisora Nacional, S.A. Recuperado de [http://www.tvn-2.com/nacionales/Alta-incidencia-enfermedades-autoridades-CSS\\_0\\_4128337228.html](http://www.tvn-2.com/nacionales/Alta-incidencia-enfermedades-autoridades-CSS_0_4128337228.html)
74. Revista Panamericana Salud Pública (2008). *Necesidad de mejorar la detección de la insuficiencia renal crónica en América Latina*. Vol.23 n.6 Washington Jun. 2008.
75. Ribes, E., (2004). *Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica*. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004; 10(1):8-76
76. Rodríguez, M., Castro, M., Merino, J. (2005). *Calidad de vida en pacientes renales hemodializados*. Ciencia y Enfermería, 11, 47-57.
77. Ruiz, M., Castelo, S. (2003). *Diálisis peritoneal*. En J. Borrero, J. Restrepo, W. Rojas & H. Vélez. (Eds.) Nefrología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
78. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais*. Lancet 2011; Série Saúde no Brasil: 61-74.
79. Schwartzmann, L. (2003); *Calidad de Vida Relacionada Con la Salud: Aspectos Conceptuales*. Ciencia y enfermería. v.9 n.2.



80. Sistema Renal Data, USRDS 2009. Datos del informe anual: *Atlas de la enfermedad renal crónica y enfermedad renal en etapa terminal en los Estados Unidos, los Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón*, Bethesda, MD, 2009. UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM Annual Data Report <http://www.usrds.org/atlas09.aspx> EE.UU
81. Smith, D., (2001). *Urología General*, 7. a edición, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México.
82. Stephen JM, Maxine AP. (2008). Diagnóstico clínico y tratamiento. 47ª ed. México: McGraw-Hill-Interamericana, 2008; 854- 859.
83. Tobón, S., Vinaccia, S. (2006). *Calidad de vida en enfermedades inflamatorias intestinales*. En Oblitas, L. (Ed.), *Psicología hospitalaria*. México: Manual Moderno.
84. Torres C. *Diseño, implementación y evaluación de un programa de Intervención Educativa para pacientes con insuficiencia renal Crónica*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine 2010; 1 (1): 37-46.
85. Tovbin, D., Gidron, Y., Granovsky, R. & Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 12, 709-717.
86. U.S. Renal Data System UDRDS 2006. Datos del informe anual: *Atlas de la enfermedad renal terminal en los Estados Unidos*. Institutos de Salud nacional. 2.006. Available at [www.usdrs.org](http://www.usdrs.org).
87. Urzúa A, (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales*. *Rev. Médica Chile* 2010; 138: 358-365.
88. Urzúa, A., Plavlov, R., Cortes, R., Pino V. (2011), *Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados*, vol. 29, núm. 1, julio, 2011, pp. 135-140.
89. Üstün, TB., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N. & Schneider, M.(2003). *La clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud: Una nueva herramienta para la comprensión de la discapacidad y la salud*. *Discapacidad y Rehabilitación*. 2003; 25 (11-12): 565-7.

90. Vale L, C. J. (2008). *Diálisis peritoneal continua (DPCA) versus hemodiálisis de internación o domiciliaria para la insuficiencia renal terminal en adultos (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2.
91. Vázquez, I., Valderrabano, F., Fort, J., Jofré, R., López, J., Moreno, F., & Sanz, D. (2004). *Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis*. Nefrología, 24,167-178.
92. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. (2005). *El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. Gac Sanit 2005; 19 (2):135-50.
93. Vinaccia, S., Orozco, L. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. DIVERSITAS - Vol. 1, No. 2, 2005.
94. Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. & Zapata, M.; (2005). *Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar*. Psicología y Salud, Vol. 15, 2, 205219.
95. Wehbe, J., Salazar, J., Vaccaro, Y., Wehbe, I., & Guerrero, R. (2004). *Diálisis y calidad de vida*. Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología, 50, 27-32.
96. Zúñiga C.; Dapuerto P.; Müller O, Hans; Kirsten L, Alid R; Ortiz L.(2009). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "KidneyDiseaseQuality of Life (KDQOL-36)"* Revista Médica de Chile, vol. 137, núm. 2, pp. 200-207.

## **ANEXOS**

**Cuadro VIII. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y EDAD. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	38.578	20	.008	0.013	.010	.015
Prueba exacta de Fisher	27.324			0.031	.028	.035
N de casos válidos	135					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

**Cuadro IX. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y SEXO. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	13.846	4	.008	0.005	.003	.006
Prueba exacta de Fisher	12.906			0.005	.003	.006
N de casos válidos	135					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

**Cuadro X. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y OCUPACIÓN. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>						
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	17.65	16	.345	0.335	.326	.344
Prueba exacta de Fisher	15.473			0.37	.360	.379
N de casos válidos	129					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

**Cuadro XI. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y ESTADO CIVIL. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	19.707	16	.234	0.238	.230	.247
Prueba exacta de Fisher	14.928			0.451	.441	.460
N de casos válidos	134					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

**Cuadro XII. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y PROCEDENCIA. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>						
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	1.573 <sup>a</sup>	4	.814	0.85	.843	.857
Prueba exacta de Fisher	1.982			0.758	.750	.766
N de casos válidos	132					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.



**Cuadro XIII. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y COMPONENTE DE SALUD FÍSICA. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>						
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	<b>Sig. de Monte Carlo (bilateral)</b>		
				<b>Sig.</b>	<b>Intervalo de confianza al 95%</b>	
					<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	17.292	4	.002	.001	.000	.002
<b>N de casos válidos</b>	135					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

**Cuadro XIV. PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA DE MONTE CARLO (BILATERAL) SEGÚN, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y COMPONENTE DE SALUD MENTAL. HOSPITAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. AGUADULCE 2014.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>						
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	<b>Sig. de Monte Carlo (bilateral)</b>		
				<b>Sig.</b>	<b>Intervalo de confianza al 95%</b>	
					<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	5.225	4	.265	.259	.251	.268
<b>N de casos válidos</b>	135					

FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014.

### **Consentimiento informado**

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación de Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal, que tiene relación con mi estado psicosocial.

Considero que los resultados de éste estudio serán de beneficio para mejorar los programas atención de salud.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas que no pongan en riesgo mi integridad física y emocional.

Así mismo se me dijo que los datos que yo proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual y también que puedo dejar de participar en ésta investigación en el momento que lo desee.

---

Firma de la entrevistada

---

Firma del investigador

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**  
**CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AGUADULCE**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**OBJETIVO:** Determinar los factores relacionados a la calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Dr. Rafael Estévez.

Por favor conteste las siguientes preguntas, algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una **X** o **gancho** el número que mejor describa su respuesta.

**¡Gracias por contestar a estas preguntas!**

**I. Cuestionario de Antecedentes Personales**

**A continuación marque con una X o gancho el número que corresponda, según su situación personal:**

**Edad:**

1. ☐ 19 a 29 años
2. ☐ 30 a 39 años
3. ☐ 40 a 49 años
4. ☐ 50 a 59 años
5. ☐ 60 a 69 años
6. ☐ mayor o igual a 70 años

**Sexo:**

1. ☐ Hombre
2. ☐ Mujer

**Escolaridad:**

1. ☐ Educación Básica Completa
2. ☐ Educación Básica Incompleta
3. ☐ Educación Media Completa
4. ☐ Educación Media Incompleta
5. ☐ Educación Superior Completa
6. ☐ Educación Superior Incompleta
7. ☐ Educación Técnico-Profesional Completa
8. ☐ Educación Técnico-Profesional Incompleta
9. ☐ Sin Educación.

**Ocupación:**

1. ☐ Empleado Dependiente
2. ☐ Independiente
3. ☐ Dueña de Casa
4. ☐ Jubilado
5. ☐ desempleado

**Estado Civil:**

1. ☐ Soltero
2. ☐ Casado
3. ☐ Viudo
4. ☐ Conviviente
5. ☐ Separado

**Tipo de Convivencia**

1. ☐ Solo
2. ☐ Con su pareja
3. ☐ Con otros familiares

4. ☐ Con otras personas no familiares

**Procedencia:**

1. ☐ Urbano  
2. ☐ Rural

**Patologías Crónicas Asociadas:**

1. ☐ Diabetes Mellitus  
2. ☐ Hipertensión Arterial  
3. ☐ Ceguera  
4. ☐ Otra  
5. ☐ Ausente

**Tiempo en Hemodiálisis:**

1. ☐ Entre 4 y 7 mese  
2. ☐ Entre 8 y 11 meses  
3. ☐ Entre 1 año y 2 años  
4. ☐ Más de 2 años

## **Cuestionario SF-36**

### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

### **LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No



16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho  
6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y  
CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.  
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE  
HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada  
podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

## *A QUIEN CONCIERNE*

*La suscrita, Dr. Zilka I. Terrientes M.Sc Ph.D  
Directora de Investigación y Postgrado, de la Facultad de  
Medicina de la Universidad de Panamá,*

## *CERTIFICA QUE*

*La estudiante Nora Barragán de la Maestría en Salud  
Pública, Extensión de Aguadulce Universidad de Panamá.  
Presento su protocolo de tesis ante la Comisión Académica de  
la Maestría. Este Protocolo fue aprobado y registrado de esta  
manera se otorga al estudiante para que inicie su protocolo de  
tesis.*

*Dado en la ciudad Universitaria, Octavio Méndez Pereira, a  
los veintiséis días del mes de febrero del dos mil catorce*

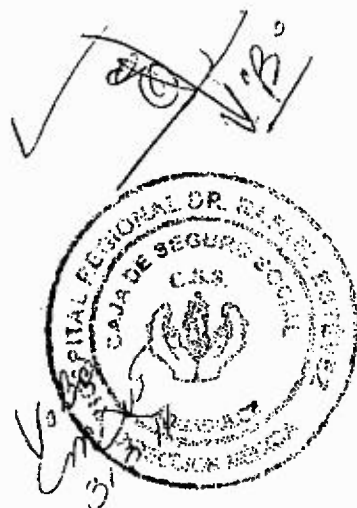
  
*Dra. Zilka I. Terrientes, M.Sc., PhD*



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
Extensión Universitaria de Aguadulce  
Despacho de la Dirección

Aguadulce, 27 de marzo de 2014  
Nota No. 101-DIR-2014

Doctora  
**MARIA GIL NIETO**  
Directora Médica  
Hospital Rafael Estévez  
E. S. D.



Respetada Doctora:

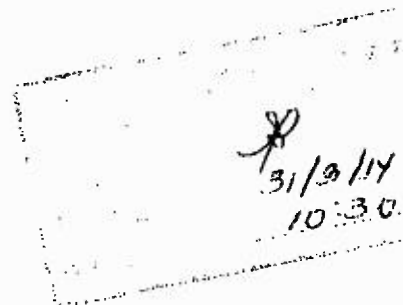
Por este medio, solicito respetuosamente, su autorización para que la Lic. **NORA BARRAGÁN SEVILLANO**, con cédula de identidad personal No. **2-704-266**, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Extensión Universitaria de Aguadulce, pueda llevar a cabo la aplicación de encuestas, con el tema: **"Factores relacionados a la calidad de vida recibida por los Pacientes con Tratamientos de Hemodiálisis del Hospital Rafael Estévez Aguadulce"**, en el año 2014.

Hacemos la aclaración que esta información solo será usada con fines académicos.

Sin otro particular, quedo de usted

Atentamente,

  
Magistra **MILKA GONZÁLEZ DÍAZ**  
Coordinadora  
Extensión Universitaria de Aguadulce



Aguadulce, 04 de junio de 2014.

Doctora  
**Maria Gil Nieto**  
Directora Médica  
Hosp. Dr. Rafael Estévez  
Caja Seguro Social  
E. S. D.

**Doctora Nieto:**

Como parte de la Maestría en Salud Pública que realizamos en el Centro Regional Universitario de Aguadulce, estoy realizando mi tesis de grado titulada "Factores sociodemográficos, físicos y mentales y su relación en la calidad de vida percibida por los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014."


Para lo antes mencionado requiero aplicar una encuesta a los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis de este Hospital.

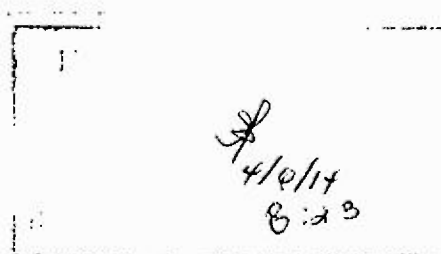
Por lo que solicito su autorización para realizar este trabajo. Haciendo la aclaración que esta información solo será usada con fines académicos.

Adjunto copia de protocolo y certificación de aprobación del mismo, por la Dirección de Investigación y postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

Sin otro particular,

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Nora Barragan  
Enfermera Hosp. Dr. Rafael Estévez  
2-704-266





**DM-H. R. DR. R. E.-560 -2014.**

Aguadulce, 10 de junio de 2014.

Doctora  
**Cristobalina Campos**  
Jefa del servicio de Docencia  
Hosp. Dr. Rafael Estévez  
E. S. M.

**Doctora Campos:**

Le adjunto nota s/n fechada 04 de junio del presente, suscrita por la Licda. Nora Barragán, Enfermera; con la finalidad que realice los trámites pertinentes, según los procedimientos aprobados.

En espera de su respuesta.

Atentamente,

  
**Dra. María G. Nieto**  
Directora Médica  
Hosp. Regional Dr. Rafael Estévez  
Aguadulce



c. Loda. Nora de Barragán – Enfermera H.R.DR.R.E.  
Archivo

/ma.



648678

Panamá, 19 de agosto de 2014  
N°. DENADOI-N-1160-2014

Ingeniero  
**Guillermo Sáez Llorens**  
Director General  
Caja de Seguro Social  
E. S. D.

DIRECCION GENERAL-C SS  
**Genesis Morán F.**  
Recepcionista



Fecha: 20-8-14 Hora: 1:55

Estimado Ingeniero Sáez Llorens:

Hemos revisado el protocolo de investigación **"Factores Sociodemográficos, Físicos y Mentales y su relación en la calidad de vida percibida por los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez 2014"**, presentado por la Lic. Nora Barragán, enfermera de la mencionada UE y como parte del trabajo final para optar por "Maestría en Salud Pública" de la Universidad de Panamá.

Luego de la revisión, el estudio fue clasificado como **estudio de intervención con riesgo mínimo**, cuyo método de recolección de datos es la aplicación de una encuesta a los participantes con preguntas que no atentan contra la confidencialidad de los mismos ni ponen en riesgo su integridad física.

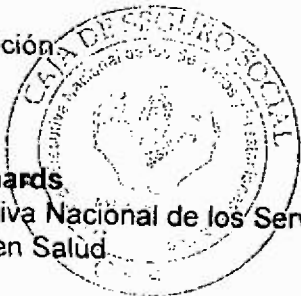
El objetivo principal de estudio es determinar los factores sociodemográficos, físicos y mentales que afectan calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Dr. Rafael Estévez y los resultados serán de beneficio para mejorar la atención y la asesoría que se le brinde a ese grupo de usuarios.

Por lo anterior, y toda vez que la Investigadora Principal es funcionaria de la CSS en la UE donde se realizará el estudio, solicitamos su visto bueno para que la misma aplique las encuestas en el servicio antes mencionado, como método para la recolección de los datos.

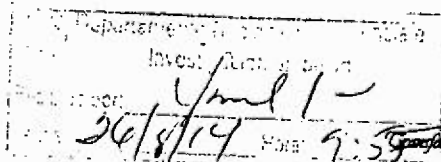
Adjunto información

**Dra. Lizka Richards**  
Directora Ejecutiva Nacional de los Servicios  
y Prestaciones en Salud

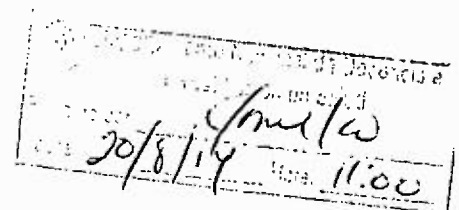
I R/ISLL/NF



Vl. 80. 25-08-14  
**Guillermo Sáez Llorens**  
Director General



En Panamá la Salud es Prioritaria



Aguadulce, 29 de septiembre de 2014.

Doctora  
**María Gil Nieto**  
Directora Medico  
Hosp .Dr. Rafael Estévez  
Caja de Seguro Social  
E. S. D.

*Excmo.  
MEX  
3-4-14  
Dr. Rafael Estévez  
Lic. Barragán*

**Doctora Nieto:**

Luego de la revisión del protocolo **"Factores sociodemográficos, físicos y mentales y su relación en la calidad de vida percibida por los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Estévez. Aguadulce 2014"**, por el Departamento Nacional de Docencia e Investigación en Salud de la CSS, el Ing. Guillermo Sáez Llorens, Director General de la CSS, da la autorización para el desarrollo del mismo.

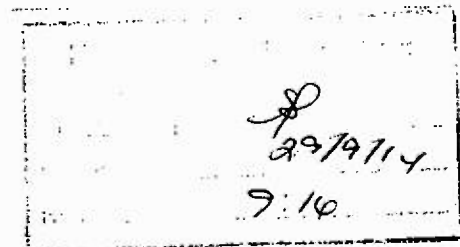
Por lo antes mencionado estaré en el mes de octubre, del presente año, realizando la aplicación de una encuesta a los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis de este Hospital.

Adjunto copia de la nota con el visto bueno mencionado.

Sin otro particular

Atentamente.

*N. Barragán 5533*  
Lic. Nora Barragán  
Enfermera Hosp. Dr. Rafael Estévez



*Damas  
7/10/14  
2:07pm*